Deutscher Bundestag **Drucksache 18/9959**

18. Wahlperiode (zu Drucksache 18/9518)
12.10.2016

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)
– Drucksache 18/9518 –

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 948. Sitzung am 23. September 2016 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zum Gesetzentwurf allgemein

   Der Bundesrat hat bereits mit seinen Stellungnahmen vom 25. September und 18. Dezember 2015 (vgl. BR-Drucksachen 354/15 (Beschluss) und 567/15 (Beschluss)) zum Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) deutlich zum Ausdruck gebracht, dass die seit dem Jahr 2009 von den Ländern geforderte Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und das damit verbundene neue Begutachtungsverfahren ausdrücklich begrüßt werden. Insbesondere haben die Länder bereits im Rahmen des PSG II ihr Unverständnis in Bezug auf die rechtssystematisch und sozialpolitisch nicht nachvollziehbare Entkoppelung eines einheitlichen Lebenssachverhalts hingewiesen, der in zwei Sozialgesetzbüchern – dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) als „Teilleistungssystem“ und dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) als ergänzendes, „bedarfsdeckendes System“ – geregelt ist und durch zwei getrennte Gesetzgebungsverfahren (zum PSG II und zum Dritten Pflegestärkungsgesetz – PSG III) geändert werden soll. Zur Sicherstellung des nahtlosen Übergangs in das neue Leistungsrecht und zur Definition des Leistungsspektrums der Sozialhilfe einschließlich der Abgrenzung zum SGB XI haben sie daher eine umgehende zeitnahe Umsetzung der grundlegenden pflegerechtlichen Änderungen auch im Sozialhilferecht gefordert.

   Mit dem vorliegenden Entwurf eines PSG III vollzieht der Bund einen weiteren Schritt der Pflegereform und führt den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungssystem auch in die Sozialhilfe ein. Damit verbunden sind weitreichende Veränderungen im Sozialhilferecht, die auch eine Neuausrichtung des Leistungsrechts der Hilfe zur Pflege mit Leistungsausweitungen und neuen Leistungen beinhalten. Gleichzeitig sollen mit dem Gesetzentwurf die Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur „Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ umgesetzt werden.

   Zwar begrüßen die Länder, dass der eingeleitete Perspektiven- und Paradigmenwechsel mit der Teilhabeorientierung in der Pflege nun auch in der Sozialhilfe Eingang findet und pflegebedürftige Menschen mit Einschränkungen in der Alltagskompetenz einbezogen werden. Damit wird auch einem dringenden sozialpolitischen Anliegen der Länder Rechnung getragen, pflegebedürftige Menschen im Leistungsbezug der Sozialhilfe gegenüber dem neuen Leistungsrecht der Pflegeversicherung nicht schlechter zu stellen.

Die Änderungen und Leistungsausweitungen sind allerdings nach Ansicht der Länder mit erheblichen Mehrausgaben für die Kommunen als Träger der Sozialhilfe verbunden. Unter Bezugnahme auf die Ergebnisse des Expertenbeirates zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs haben die Länder bereits frühzeitig und danach wiederholt darauf hingewiesen, dass vor allem die Wechselwirkungen der beiden Systeme SGB XI und SGB XII in Bezug auf die rechtlichen und finanziellen Folgen genau analysiert, bewertet und dargestellt werden müssen. Die Länder bedauern, dass der Bund die Zeit seit dem Jahr 2009 offenbar nicht genutzt hat, um dieses aus Sicht der Länder wichtige Anliegen anzugehen und umzusetzen. Stattdessen hat der Bund bereits mit dem PSG II einseitig – und von den Ländern ausdrücklich bezweifelt – Entlastungen in der Sozialhilfe berechnet, die weder konkret dargelegt noch nachvollziehbar dargestellt wurden. Dieses wiederholt der Bund im vorliegenden Gesetzentwurf und nimmt auf Grundlage von Schätzungen und Annahmen trotz Erweiterung des leistungsberechtigten Personenkreises und neuer beziehungsweise ausgeweiteter Sozialhilfeleistungen in der Summe eine Entlastung der Sozialhilfe an. Indes legt der Bund weder dar, anhand welcher Daten und aufgrund welcher Berechnungen neuer beziehungsweise gründlicher Analysen er zu diesem Schluss kommt, noch sind die wenigen veröffentlichten Daten und die aufgeführten Berechnungen nachvollziehbar. Auch der den Trägern der Sozialhilfe entstehende zusätzliche enorme Erfüllungsaufwand mit absehbaren Verwaltungsmehrkosten wird vom Bund dabei nur rudimentär berücksichtigt. Die vom Bund prognostizierte Entlastung der Träger der Sozialhilfe kann daher nicht als belegt und gesichert angesehen werden. Aufgrund der beabsichtigen Leistungsausweitungen und Erweiterung des Personenkreises der Leistungsberechtigten entsteht für die Kommunen als Träger der Sozialhilfe damit ein großes Kostenrisiko. Vor dem Hintergrund der enormen finanziellen Belastungen der Kommunen, vor allem im Bereich der Soziallasten, dürfen bei Kommunen und Ländern jedoch keine weiteren Mehrausgaben entstehen.

Der Gesetzentwurf enthält keine eindeutigen Regelungen zur Klärung der Schnittstellen zwischen Leistungen der Pflegeversicherung, Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen verschärfen das Schnittstellenproblem, führen zu erheblichen neuen Auslegungs- und Abgrenzungsschwierigkeiten und sind in der Praxis nicht umsetzbar.

Die Länder bedauern nochmals ausdrücklich die vom Bund vorgenommene Entkoppelung der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in SGB XI und SGB XII und die damit entstandene verzögerte Vorlage dieses Gesetzentwurfs, der erst jetzt beraten werden kann.

Aufgrund des engen Zeitfensters bei einem beabsichtigten Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. Januar 2017 werden bei den Trägern der Sozialhilfe – von den Ländern vorhergesehene und vom Bund in Kauf genommene – nicht unerhebliche Umsetzungsprobleme in Bezug auf das neue Leistungsrecht entstehen. Eine ausreichende Vorlaufzeit zur Umsetzung des neuen Rechts besteht für die Träger der Sozialhilfe nicht, um die dafür erforderlichen Veränderungen in den Verwaltungsabläufen, bei der Qualifizierung der Pflegefachkräfte und des Verwaltungspersonals der Kommunen, bei den Leistungsentscheidungen, bei der anzuwendenden Sozialhilfe-Software und so weiter möglichst rechtzeitig vorzunehmen. Nur mit einem fließenden Übergang in das neue Leistungsrecht mit möglichst einfach gestalteten Übergangsregelungen können die Träger der Sozialhilfe eine rechtmäßige sowie ordnungsgemäße Durchführung des dann geltenden neuen Rechts gewährleisten.

Die Länder nehmen zudem zur Kenntnis, dass die Träger der Sozialhilfe über bereits bestehende Verfahren hinaus zumindest in allen ambulanten Fällen der Hilfe zur Pflege eigene Feststellungen zum Ausmaß der Pflegebedürftigkeit durch ein eigenes Begutachtungsverfahren treffen müssen und vom Bund durch diese obligatorische Bedarfsfeststellung eine Doppelbegutachtung der betroffenen Personen gewollt ist. Dies bedingt jedoch, dass der dadurch entstehende erhebliche zusätzliche Erfüllungsaufwand auch im Finanztableau abgebildet wird und die Träger der Sozialhilfe bei der Entwicklung von einheitlichen Kriterien zur zukünftigen Bedarfsfeststellung unterstützt werden.

Ungeachtet der Problematik der Regelungen des § 43a SGB XI insgesamt dürfen jedenfalls durch die Änderung des § 43a SGB XI keine Angebotsformen zusätzlich in den Anwendungsbereich einbezogen werden, die nach der tatsächlichen Angebotsstruktur im Status quo nicht als vollstationär im Sinne der bisherigen Regelung des § 43a SGB XI einzuordnen wären. Anderenfalls würden die Anstrengungen der Träger der Sozialhilfe, ambulante Wohnformen voranzubringen, konterkariert.

Der Bundesrat stellt daher insbesondere fest, dass:

– eine Evaluations- und Kostenausgleichsklausel zugunsten der Träger der Sozialhilfe in das SGB XII aufzunehmen ist. Die finanziellen Gesamtfolgen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des

neuen Leistungsspektrums bedürfen einer genauen Analyse und nachvollziehbaren, auf valider Grundlage beruhenden Bezifferung und Begründung. Aus diesem Grund sind die Auswirkungen auf die Sozialhilfe ab dem Jahr 2017 zu evaluieren. In die Evaluation sind auch die zusätzlichen Verwaltungskosten der Träger einzubeziehen. Insgesamt entstehende Mehrausgaben sind den Trägern der Sozialhilfe durch eine Bundesbeteiligung zu erstatten,

– die Offenlegung der von der Bundesregierung zugrunde gelegten Datengrundlagen, Setzungen und Schätzungen für das Finanztableau in nachvollziehbarer Weise erforderlich ist,
– eine eindeutige Klärung der Schnittstellen beziehungsweise Abgrenzung der Leistungen der Pflegeversicherung, der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe mit klaren Regelungen zum Vorrang und Nachrang notwendig ist, ohne dass neue Schnittstellen und Auslegungsschwierigkeiten entstehen. Zudem wird die Bundesregierung aufgefordert, die inhaltlichen und finanziellen Wechselwirkungen zwischen Pflegeversicherung, Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege im weiteren Verfahren detailliert zu beschreiben und sicherzustellen, dass etwaige Mehrbelastungen in einem dieser Regelungsbereiche vollständig durch Zuschüsse aus Bundesmitteln kompensiert werden,
– aufgrund des Zeitdrucks und der absehbaren Umsetzungsprobleme Anfang des Jahres 2017 den Trägern der Sozialhilfe unter anderem durch Übergangsregelungen und anderen Vorkehrungen ein fließender Übergang in das neue Leistungsrecht der Hilfe zur Pflege ermöglicht wird und
– durch die Änderung des § 43a SGB XI keine Angebotsformen zusätzlich in dessen Anwendungsbereich einbezogen werden dürfen, die nach der tatsächlichen Angebotsstruktur im Status quo nicht als vollstationär im Sinne der bisherigen Regelung des § 43a SGB XI einzuordnen wären.

2. Zu Artikel 1 Nummer 1a – neu – (§ 7a Absatz 7 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 1 ist nach der Nummer 1 folgende Nummer 1a einzufügen:

‚1a. In § 7a Absatz 7 Satz 1 werden nach dem Wort „vereinbaren“ die Wörter „unter Einbeziehung der jeweiligen obersten Landesbehörden“ eingefügt.

Begründung:

Im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung und aufgrund zahlreicher Einzelermächtigungen sind die Länder berufen, die Regelungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch im Landesrecht weiter auszugestalten. Hierfür haben die Länder in vielen Fällen Landesgesetze erlassen, die vor allem auch die kommunalen und regionalen Versorgungsstrukturen einschließlich der (kommunalen) Beratungsangebote in den Blick nehmen. Um hier ein Nebeneinander nicht abgestimmter untergesetzlicher Regelungen zu vermeiden, ist eine Einbeziehung der Länder in die Verhandlungen zu den Rahmenvereinbarungen nach § 7a SGB XI geboten.

3. Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 7b Absatz 2a Satz 1 erster Halbsatz SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 2 ist in § 7b Absatz 2a Satz 1 der erste Halbsatz wie folgt zu fassen:

„Sofern kommunale Gebietskörperschaften, von diesen geschlossene Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe oder örtliche Träger der Sozialhilfe oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen Pflegeberatung im Sinne von § 7a erbringen, sind sie Beratungsstellen, bei denen Pflegebedürftige nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Beratungsgutscheine einlösen können;“

Begründung:

Auf der Grundlage der „Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ sollen künftig Beratungsgutscheine für eine Pflegeberatung nach § 7a Absatz 1 SGB XI durch die ratsuchenden Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Angehörigen auch vor Ort auf der Gemeindeebene eingelöst werden können. Um das „Vor-Ort-Prinzip“ zu wahren und überörtliche Sozialhilfeträger für Hilfe zur Pflege auszuschließen, wird diese klarstellende Änderung erforderlich.

4. Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe b und Buchstabe d
(§ 7c Absatz 1a Satz 1 und Satz 2 und Absatz 6 Satz 1 bis 4 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 3 ist § 7c wie folgt zu ändern:

a) In Buchstabe b ist Absatz 1a wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 1 ist nach dem Wort „zuständigen“ das Wort „örtlichen“ und nach dem Wort „Buch“ sind die Wörter „oder nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die Altenhilfe“ einzufügen.

bb) In Satz 2 sind die Wörter „eines Pflegestützpunktes“ durch die Wörter „von Pflegestützpunkten“ zu ersetzen.

b) In Buchstabe d ist Absatz 6 wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 1 ist das Wort „vereinbaren“ durch die Wörter „treffen insbesondere“ zu ersetzen und das Wort „Rahmenverträge“ ist durch das Wort „Vereinbarungen“ zu ersetzen.

bb) In Satz 2 und Satz 3 ist das Wort „Rahmenverträge“ jeweils durch das Wort „Vereinbarungen“ zu ersetzen.

cc) In Satz 2 und Satz 4 ist das Wort „Rahmenverträgen“ jeweils durch das Wort „Vereinbarungen“ zu ersetzen.

Begründung:

Auf der Grundlage der „Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ erhält die kommunale Ebene das Initiativrecht, bei finanzieller Beteiligung Pflegestützpunkte in ihrem regionalen Einzugsgebiet einzurichten.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa:

Um die Regionalität zur Ausübung des Initiativrechts sicherzustellen, wird durch die klarstellende Hinzufügung des Wortes „örtlich“ gewährleistet, dass dieses Initiativrecht nicht den überörtlichen Sozialhilfeträgern für Hilfe zur Pflege, sondern allein den örtlich zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie den örtlichen Trägern der Stellen für die Altenhilfe zugesprochen wird.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb:

Die geeinten „Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen“ haben das Initiativrecht von Kommunen bei deren finanzieller Beteiligung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten nicht auf einen Pflegestützpunkt je Einzugsgebiet beschränkt. Vor diesem Hintergrund wird zur Klarstellung die Streichung der entsprechenden Begrenzung auf einen Pflegestützpunkt je Einzugsgebiet erforderlich. Nicht zuletzt auch deshalb, weil auch in § 7c Absatz 1 SGB XI die Wohnortnähe erwähnt ist.

Zu Buchstabe b:

Nachdem im Zuge des erstmaligen Aufbaus von Pflegestützpunkten nach § 7c SGB XI (vormals § 92c SGB XI) nicht in allen Ländern den Allgemeinverfügungen zur Errichtung von Pflegestützpunkten folgend Rahmenverträge abgeschlossen, sondern lediglich vereinfachte Verfahren zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen gewählt wurden, wird durch den Ersatz des Wortes „Rahmenvertrag“ durch das Wort „Vereinbarung“ gewährleistet, dass in den Ländern unterschiedliche Varianten von Vereinbarungen, Verträgen oder Rahmenverträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte zu Grunde gelegt werden können, an die dann die kommunalen Träger zur Ausübung des Initiativrechts zur Errichtung der Pflegestützpunkte gebunden sind.

Durch die Einfügung des Wortes „insbesondere“ nach dem Wort „vereinbaren“ wird weiter gewährleistet, dass sich zusätzlich zu den in § 7c Absatz 6 Satz 1 SGB XI explizit aufgeführten Institutionen weitere – wie die zuständige oberste Landesbehörde – an dem Abschluss der Vereinbarung beteiligen können.

Damit wird den länderspezifischen Besonderheiten Rechnung getragen.

5. Zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe c (§ 8a Absatz 2 Satz 1 SGB XI)

   In Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe c ist in § 8a Absatz 2 Satz 1 das Wort „einvernehmlichen“ zu streichen.

   Begründung:

   Gemeinsame Empfehlungen zu sektorübergreifenden Aspekten der Versorgung Pflegebedürftiger möglichst im Konsens aller Beteiligten zu treffen, ist das Ziel, das ein für diesen Zweck eingerichteter Ausschuss anstreben sollte. Dieses Vorgehen zielt darauf ab, die Akzeptanz von Empfehlungen zu fördern und ihnen so mehr Gewicht zu geben.

   Die im Gesetzentwurf enthaltene Vorgabe des Einvernehmens bewirkt allerdings, dass einzelne Akteure, die im Einzelfall nicht oder nur am Rande betroffen sind, Empfehlungen sektorenübergreifender Beratungsausschüsse blockieren können. Es sollte daher der Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften überlassen werden, inwieweit auch Mehrheitsbeschlüsse möglich sind.

   Anderenfalls würde ein Anreiz gesetzt, sektorenübergreifende Ausschüsse mit möglichst wenigen Mitgliedern zu besetzen, um die Herstellung des Einvernehmens zu erleichtern. Dies stünde im Widerspruch zu dem Interesse, alle Akteure einzubinden.

   In § 8a Absatz 2 Satz 2 SGB XI wird zudem zu Recht darauf verwiesen, dass - soweit erforderlich – eine Abstimmung mit dem Landesgremium nach § 90a SGB V herbeigeführt werden soll. Je nach landesrechtlicher Ausgestaltung kann dieses Gremium derzeit auch mehrheitlich getragene Empfehlungen aussprechen. Würde dem Vorschlag nicht gefolgt, könnten Akteure, welche in beiden Gremien stimmberechtigt sind, einen ohne ihre Zustimmung, aber mehrheitlich gefassten Beschluss des SGB V-Gremiums im sektorübergreifenden SGB XI-Gremium blockieren.

6. Zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe c (§ 8a Absatz 3 SGB XI)

   In Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe c ist in § 8a Absatz 3 das Wort „einvernehmlichen“ zu streichen.

   Begründung:

   Die im Gesetzentwurf enthaltene Vorgabe des Einvernehmens bewirkt, dass einzelne Akteure, die im Einzelfall nicht oder nur am Rande betroffen sind, Empfehlungen regionaler Ausschüsse blockieren können. Es sollte daher der Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften überlassen werden, inwieweit auch Mehrheitsbeschlüsse möglich sind.

   Anderenfalls würde ein Anreiz gesetzt, regionale Ausschüsse mit möglichst wenigen Mitgliedern zu besetzen, um die Herstellung des Einvernehmens zu erleichtern. Dies stünde im Widerspruch zu dem Interesse, alle Akteure einzubinden.

7. Zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe c (§ 8a Absatz 5 SGB XI)

   In Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe c ist in § 8a Absatz 5 das Wort „sollen“ durch das Wort „werden“ zu ersetzen und das Wort „werden“ ist zu streichen.

   Begründung:

   Die Verpflichtung der Pflegekassen zur Einbeziehung der Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a SGB XI bei den Vertragsverhandlungen ist ein wesentlicher Umsetzungsbaustein der Ergebnisse der „Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in Pflege“ (vgl. Nummer 1.4 der Empfehlungen). Die Arbeitsgruppe hat sich in diesem Zusammenhang bewusst für eine Verpflichtung hinsichtlich der Berücksichtigung der Empfehlungen der Ausschüsse ausgesprochen und eben keine eingeschränkte „Soll-Regelung“ beschlossen, die dem zukünftigen Stellenwert der Ausschussempfehlungen im zukünftigen Verhandlungsgeschehen nicht ausreichend gerecht werden würde.

8. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 10 Absatz 2 SGB XI)

   In Artikel 1 ist die Nummer 5 zu streichen.

Begründung:

Der mit einer jährlichen Berichtspflicht verbundene Verwaltungsaufwand steht in keinem angemessenen Verhältnis zum Nutzen.

Außerdem fehlt es wegen der regionalen Unterschiede an einer Vergleichbarkeit der Daten aus den einzelnen Ländern.

9. Zu Artikel 1 Nummer 5a – neu – (§ 10a – neu – SGB XI)

In Artikel 1 ist nach Nummer 5 folgende Nummer 5a einzufügen:

‚5a. Nach § 10 wird folgender § 10a eingefügt:

„§ 10a

Berichterstattung der Träger der Pflegeversicherung und der privaten Versicherungsunternehmen zu Fragen des Vertrags-, Vergütungs- und Qualitätssicherungsrechts

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. veröffentlichen jährlich jeweils bis zum 30. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres, erstmalig im Jahr 2018, einen gemeinsamen Bericht über

1. die Anzahl abgeschlossener Gesamtversorgungsverträge nach § 72 Absatz 2 Satz 1, zweiter Halbsatz,
2. die Anzahl gekündigter Versorgungsverträge nach § 74,
3. die Anzahl abgeschlossener Verträge jeweils nach § 77 Absatz 1 und 2,
4. die Anzahl in Auftrag gegebener Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 Absatz 1,
5. die Anzahl und die Ergebnisse in Auftrag gegebener Abrechnungsprüfungen nach § 79 Absatz 4,
6. die Anzahl abgeschlossener Vereinbarungen nach §§ 85, 89, in denen Aufwendungen nach § 82b berücksichtigt sind,
7. die Ergebnisse der Abrechnungsprüfungen nach § 114 Absatz 2 Satz 6 sowie
8. die Anzahl und die Summe gekürzter Pflegevergütungen nach § 115 Absatz 3.

Die Träger der Pflegeversicherung und ihre Landesverbände stellen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die notwendigen Daten zur Verfügung. Satz 2 gilt für die privaten Versicherungsunternehmen und den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. entsprechend.“ ‘

Begründung:

Die Berichterstattung umfasst vertrags- und vergütungsrechtliche Regelungen, die darauf ausgerichtet sind, passgenaue Angebotsstrukturen in den jeweiligen Wohnquartieren zu ermöglichen. Sie flankiert den neuen Ansatz in § 8a SGB XI, wonach Empfehlungen regionaler und Landesgremien zur Weiterentwicklung der Versorgung von den Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge einbezogen werden sollen.

Die Berichterstattung umfasst:

- den Abschluss von Gesamtversorgungsverträgen (Nummer 1),
- die häusliche Pflege durch Einzelpersonen (Nummer 3) und
- die Refinanzierung von Aufwendungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Einbindung des Ehrenamts (Nummer 6).

Darüber hinaus beinhaltet die Berichtspflicht verschiedene Regelungen, die unter anderem dem Abrechnungsbetrug in der Pflege begegnen sollen. Ziel ist ein Monitoring bereits vorhandener und mit dem vorliegenden Gesetzentwurf neu entwickelter Regelungen.

Die Berichterstattung umfasst:

- die Kündigung von Versorgungsverträgen als härteste Sanktion im Pflegeversicherungsrecht (Nummer 2),
- die Wirtschaftlichkeitsprüfung von Pflegeeinrichtungen (Nummer 4),

- die gesondert in Auftrag gegebenen Abrechnungsprüfungen (Nummer 5),
- die Abrechnungsprüfungen im Rahmen der Qualitätsprüfungen (Nummer 7) sowie
- die Kürzung von Pflegevergütungen (Nummer 8).

Ziel ist, die Praktikabilität und Relevanz der zum Teil neuen Instrumente im Pflegeversicherungsrecht zu untersuchen. Darauf aufbauend kann bei Bedarf eine eingehendere Untersuchung der Wirksamkeit folgen.

Die Notwendigkeit der Berichterstattung außerhalb der Pflegeberichte der Bundesregierung nach § 10 SGB XI ergibt sich bereits aus deren fünfjährigem Turnus, der die zeitnahe Beobachtung von Entwicklungen ausschließt.

10. Zu Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 13 Absatz 3 Satz 3 SGB XI) und Artikel 2 Nummer 5 (§ 63b Absatz 1 Satz 1 und 2 sowie § 63c – neu – SGB XII)

a) In Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe a ist Doppelbuchstabe bb wie folgt zu fassen:

‚bb) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen den Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Zwölften Buch vor, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt; die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Absatz 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren. Treffen Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen der Eingliederungshilfe zusammen, ist der Träger der Eingliederungshilfe im Verhältnis zur leistungsberechtigten Person leistungspflichtig; in Höhe des Anspruchs gegen die Pflegeversicherung besteht ein Erstattungsanspruch des Trägers der Eingliederungshilfe nach § 104 des Zehnten Buches.“ ‘

b) In Artikel 2 ist Nummer 5 wie folgt zu ändern:

aa) In § 63b Absatz 1 sind die Sätze 1 und 2 durch folgenden Satz zu ersetzen:

„Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen den Leistungen der Hilfe zur Pflege vor.“

bb) Nach § 63b ist folgender § 63c einzufügen:

„§ 63c

Verhältnis zur Eingliederungshilfe

(1) Bei Personen, die erstmals vor Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 35 Satz 2 in Verbindung mit § 235 Absatz 2 Sechstes Buch Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe haben, sind diese Leistungen gegenüber der Hilfe zur Pflege nach diesem Kapitel vorrangig. Der Vorrang der Eingliederungshilfe bleibt über das Erreichen der Regelaltersgrenze hinaus bestehen, solange und soweit die Ziele der Eingliederungshilfe erreicht werden können. Die Eingliederungshilfe umfasst auch die erforderliche Pflegeleistung. Absatz 3 bleibt unberührt.

(2) Bei Personen, die erstmals nach Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 35 Satz 2 in Verbindung mit § 235 Absatz 2 Sechstes Buch Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe haben, sind diese Leistungen gegenüber der Hilfe zur Pflege nach diesem Kapitel nachrangig.

(3) Der Bedarf von Personen für anerkannte vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch wird ungeachtet des Lebensalters vorrangig durch Hilfe zur Pflege nach diesem Kapitel vor der Eingliederungshilfe gedeckt.“

Folgeänderung:

In Kapitel 2 Nummer 1 Buchstabe a ist nach der Angabe zu § 63b folgende Angabe zu § 63c anzufügen:

„§ 63c Verhältnis zur Eingliederungshilfe“

Begründung:

Zu Buchstabe a und Buchstabe b:

Zwischen dem Leistungsrecht der Pflege und dem Leistungsrecht der Eingliederungshilfe gibt es Über-

schneidungen. Diese werden insbesondere mit der Einführung des neuen, teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs verstärkt deutlich. Pflegebedürftige Menschen sind in der Regel auch in ihrer Teilhabe erheblich eingeschränkt und gehören damit zum berechtigten Personenkreis der Eingliederungshilfe. Menschen mit Behinderung sind mitunter auch pflegebedürftig. Eine klare Abgrenzung des jeweiligen Anwendungsbereichs ist somit zwingend erforderlich.

Der im Referentenentwurf zum PSG III gewählte Ansatz der „definitorischen Abgrenzung“ ist wegen der zunehmenden Überschneidungsbereiche der Pflege und der Eingliederungshilfe kaum handhabbar und birgt das Risiko vieler Rechtsstreitigkeiten.

Eine klare und eindeutige Abgrenzung zur Lösung der Schnittstellenfrage stellt dagegen die (Regel-)Altersgrenze dar. Altersgrenzen sind bereits in der heutigen (Verwaltungs-) Praxis der Leistungsbewilligung, Leistungserbringung und Zuständigkeitsaufteilung von Bedeutung und werden zum Beispiel zur Abgrenzung im SGB II (3. Kapitel), SGB XII (4. Kapitel), in der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) oder im SGB VIII (§ 41 in Verbindung mit § 35a SGB VIII) herangezogen.

Die Abgrenzung durch eine Altersgrenze ist auch gerechtfertigt. Ein sachlicher Grund ergibt sich auf Grund der unterschiedlichen Lebenssituationen. Ein Mensch, der eine normale Entwicklung erlebt hat, konnte für das Alter vorsorgen. Dieser kann daher im Alter für die Pflege auf sein eigenes Einkommen und Vermögen zurückzugreifen, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen. Dies ist bei vielen Menschen mit Behinderungen nicht der Fall.

Ein weiterer sachlicher Grund folgt auch aus den unterschiedlichen Anrechnungsvorschriften von Einkommen und Vermögen. Einem klaren Rangverhältnis der Leistungen kommt erhebliche Bedeutung zu. Wenn die Angebote von Pflege und Eingliederungshilfe immer deckungsgleicher werden, ist davon auszugehen, dass die Leistungsberechtigten das System bevorzugen werden, das im Hinblick auf Anrechnung von Einkommen und Vermögen attraktiver ist. Die Verbesserungen bei der Einkommens- und Vermögensanrechnung in der Eingliederungshilfe werden dazu führen, dass diese Leistungen gegenüber der Pflege attraktiver sind und mehr Menschen Teilhabeleistungen beantragen werden.

§ 13 Absatz 3 SGB XI legt fest, dass die versicherungsrechtlichen Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB IX) vorrangig sind. Um im Sinne von „Hilfe aus einer Hand“ für die leistungsberechtigte Person nur einen leistungsverpflichteten Kostenträger zu haben, ist der Träger der Eingliederungshilfe dieser gegenüber leistungspflichtig. Im Innenverhältnis hat der Träger der Eingliederungshilfe einen Erstattungsanspruch gegen die zuständigen Pflegekassen.

§ 63b Absatz 1 SGB XII bestimmt den grundsätzlichen Vorrang der beitragsfinanzierten Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) gegenüber den steuerfinanzierten Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII).

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (§ 63c – neu – SGB XII):

Die neu eingeführte Regelung des § 63c SGB XII regelt das Rangverhältnis zwischen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe.

Absatz 1 legt fest, dass pflegebedürftige behinderte Menschen, die vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze (§ 235 SGB VI) Leistungen der Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege benötigen, einen vorrangigen Anspruch auf Eingliederungshilfe haben. Der Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege ist gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe nachrangig und umfasst nur die Tatbestände, für die das Eingliederungshilferecht dem Grunde nach keine Leistungen vorsieht (zum Beispiel Pflegegeld für nicht versicherte Menschen). Der Vorrang der Eingliederungshilfe vor der Hilfe zur Pflege besteht für diese Menschen über das Erreichen der Regelaltersgrenze hinaus bis zum Lebensende. Zur Umsetzung des Grundsatzes „Hilfe aus einer Hand“ umfasst die Eingliederungshilfe alle im Einzelfall erforderlichen und qualitätsgesicherten pflegerischen Leistungen.

Absatz 2 legt fest, dass pflegebedürftige behinderte Menschen, die erstmals nach Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 253 SGB VI Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe haben, einen vorrangigen Anspruch auf Hilfe zur Pflege haben (Umkehrung des Rangverhältnisses). Der Anspruch auf Eingliederungshilfe besteht nur nachrangig, sofern Bedarfe nicht im Rahmen der Hilfe zur Pflege gedeckt werden können (zum Beispiel Leistungen zur Mobilität).

Absatz 3 regelt, dass Bewohner von anerkannten vollstationären Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch vorrangig Hilfe zur Pflege erhalten. Bewohner von Pflegeeinrichtungen erhalten die für sie bedarfsgerechten Leistungen dort umfassend. Die nach Abzug von Pflegeversicherungsleistungen und dem Anteil für Existenzsicherung (§ 27b SGB XII) verbleibenden Kosten werden – ungeachtet des Alters der pflegebedürftigen Person – im Bedarfsfall als Hilfe zur Pflege berücksichtigt. Die Leistungen umfassen auch alle erforderlichen Teilhabeleistungen, die aber der Hilfeart nach als Hilfe zur Pflege definiert werden.

11. Zu Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe c – neu – (§ 13 Absatz 4 Satz 1 und Satz 2 – neu – SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 6 ist folgender Buchstabe c anzufügen:

‚c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden das Wort „sollen“ durch das Wort „vereinbaren“ und das Wort „vereinbaren“ durch das Wort „unverzüglich“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung nicht zustande, gilt § 14 des Neunten Buches entsprechend.“ ‘

Begründung:

Die Erfahrung hat gezeigt, dass es mehrheitlich nicht zu den in § 13 Absatz 4 SGB XI geforderten Vereinbarungen zwischen den Pflegekassen und den Trägern der Eingliederungshilfe sowie der Hilfe zur Pflege gekommen ist. Entsprechende Vereinbarungen beziehen sich allenfalls auf die Kostenabwicklung zum § 43a SGB XI, nicht jedoch auf den für die Leistungsberechtigten existenziell bedeutsamen Überschneidungsbereich ambulanter Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe. Der im Gesetz genannten Vereinbarungen und der hierauf beruhenden Verfahrensweisen bedarf es jedoch sowohl im Sinne der hilfebedürftigen Leistungsberechtigten als auch der jeweiligen Träger. Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund, dass Pflegeleistungen zukünftig auch Teilhabeaspekte beinhalten und sich die Leistungen der Pflegeversicherung, der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe mehr als bisher überschneiden werden. Um die Leistungen der verschiedenen Träger im Sinne der Leistungsberechtigten sachgerecht zu erbringen, muss diese Kooperations- und Koordinierungsregelung verschärft und von einer Soll-Vorschrift in eine Muss-Vorschrift umgewandelt werden. Die Leistungserbringung aus einer Hand gewährleistet eine effektivere und effizientere Leistungsgewährung, da sämtliche Belange der Leistungsberechtigten bei einer Behörde gebündelt und allein durch diese bearbeitet würden.

Durch die Anfügung des Satzes 2 in § 13 Absatz 4 SGB XI wird einerseits der Begriff „unverzüglich“ im Sinne des Satzes 1 näher bestimmt (maximal innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung) und gleichzeitig das weitere Verfahren bei Nichtzustandekommen einer Vereinbarung beschrieben (entsprechende Anwendung des § 14 SGB IX).

12. Zu Artikel 1 Nummer 9 (§ 36 Absatz 4 Satz 1 SGB XI),
Nummer 12 (§ 43a SGB XI),
Nummer 15 (§ 71 Absatz 4 SGB XI) und
Nummer 29 (§ 145 SGB XI)

In Artikel 1 sind Nummer 9, Nummer 12, Nummer 15 und Nummer 29 zu streichen.

Begründung:

Die Neuregelung des § 71 Absatz 4 SGB XI steht im Zusammenhang mit der Einführung des Teils 2 des neuen SGB IX durch das Bundesteilhabegesetz. Dort soll die Differenzierung zwischen ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen der Eingliederungshilfe aufgegeben werden. Das Bundesteilhabegesetz befindet sich derzeit im Gesetzgebungsverfahren und wird voraussichtlich stufenweise bis zum 1. Januar 2020 in Kraft treten. Eine Überprüfung von Änderungsnotwendigkeiten im SGB XI an das Bundesteilhabegesetz und die notwendigen Anpassungen sind daher erst nach Abschluss dieses Gesetzgebungsverfahrens und nicht mit dem Gesetzgebungsverfahren zum PSG III mit Wirkung zum 1. Januar 2017 vorzunehmen. Dies soll im Zeitraum bis zum Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes zum 1. Januar 2020 erfolgen. Die diesbezüglichen Änderungen sind daher im Dritten Pflegestärkungsgesetz zu streichen.

Die Streichungen der Nummer 9, 12 und 29 in Artikel 1 stellen Folgeänderungen der Streichung des Artikels 1 Nummer 15 dar.

13. Zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe b (§ 37 Absatz 8 Satz 1, Satz 2 und Satz 5 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe b ist § 37 Absatz 8 wie folgt zu ändern:

a) In Satz 1 ist das Wort „anerkannten“ zu streichen.

b) Satz 2 ist zu streichen.

c) Satz 5 ist wie folgt zu fassen:

„Für die Durchführung der Beratungsbesuche erhalten die kommunalen Gebietskörperschaften eine Kostenerstattung entsprechend der Abrechnungssätze in Absatz 3 Satz 4.“

Begründung:

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ungleichbehandlung zwischen Kommunen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen bei den Voraussetzungen, der Durchführung und Finanzierung der Beratungsbesuche ist sachlich nicht gerechtfertigt und gefährdet die Umsetzung der von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe bewusst vorgeschlagenen zusätzlichen Option der Beratungsbesuche durch kommunale Beschäftigte.

Durch die entsprechende Anwendbarkeit des § 37 Absatz 4 SGB XI gelten für die Beratungspersonen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Kommunen einheitliche Qualifikationsanforderungen hinsichtlich der pflegefachlichen Kompetenz. Eine gesonderte Überprüfung dieser Vorgaben im Hinblick auf die eingesetzten kommunalen Beschäftigten oder deren Anerkennung durch eine nichtstaatliche Stelle (vgl. § 37 Absatz 8 Satz 5 SGB XI) bedarf es schon aufgrund der allgemeinen Gesetzesbindung der Kommunen (vgl. Artikel 20 Absatz 3 Grundgesetz) nicht.

Wie die zugelassenen Pflegeeinrichtungen, erbringen die Kommunen mit den Beratungsbesuchen eine Leistung nach dem SGB XI. Sie haben dabei ausdrücklich auch sämtliche personellen und prozessbezogenen Qualitätsvorgaben sowie die Informationspflichten gegenüber den Pflegekassen (vgl. § 37 Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB XI) entsprechend zu erfüllen. Hierfür entsteht ihnen ein Aufwand, der deutlich über den Aufwand einer im Rahmen eigener kommunaler Aufgabenwahrnehmung üblicherweise erfolgenden Beratung hinausgeht. Auch wenn die Kommunen die Beratungsbesuche – wie im Übrigen auch die zugelassenen Pflegeeinrichtungen – zusätzlich im eigenen Interesse einer Kontaktaufnahme mit den Pflegebedürftigen durchführen, rechtfertigt dies keinen Verzicht auf die für zugelassene Pflegeeinrichtungen und anerkannte Beratungsstellen gesetzlich vorgesehene Kostenerstattung.

14. Zu Artikel 1 Nummer 10a – neu – (§ 43 Absatz 1 SGB XI)

In Artikel 1 ist nach Nummer 10 folgende Nummer 10a einzufügen:

„10a. § 43 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird aufgehoben.

b) Die Absätze 2, 3 und 4 werden zu den Absätzen 1, 2 und 3.“

Begründung:

Die Streichung ist notwendig, um eine Schlechterstellung ab 1. Januar 2017 gegenüber geltendem Recht zu vermeiden. Derzeit erhalten pflegebedürftige Menschen einen Zuschuss in Höhe der Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI für die jeweilige Pflegestufe, wenn vollstationäre Pflege nicht erforderlich ist.

Da diese Regelung zum 1. Januar 2017 aufgrund des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes wegfällt, ist auch Absatz 1 zu streichen. Ansonsten würden pflegebedürftige Menschen bei nicht erforderlicher vollstationärer Pflege entgegen der gesetzgeberischen Intention vollkommen leistungslos gestellt.

15. Zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 43a SGB XI)

a) Der Bundesrat stellt fest, dass für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung in stationären Einrichtungen, in denen Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, die Sonderregelungen der Pflegeversicherung nach § 36 Absatz 1 Satz 2 und § 43a SGB XI erhalten bleiben. Damit wird die seit langem bestehende Ungleichbehandlung der betroffenen Menschen mit

Behinderung, die in der Regel verpflichtet sind, Beiträge in die Pflegeversicherung einzuzahlen, fortgeführt.

b) Der Bundesrat hält es für erforderlich, Menschen mit Behinderung ohne Benachteiligung den Zugang zu Pflegeversicherungsleistungen im Rahmen ihres angestammten Hilfesystems zu erschließen.

c) Der Bundesrat fordert die Bundesregierung daher auf, pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung den uneingeschränkten Zugang zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zu ermöglichen und dies durch eine zeitnahe Erhöhung des Beitragssatzes nach 2017 zu realisieren.

16. Zu Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe 0a – neu – und Buchstabe a
(§ 45c Absatz 1 Satz 1 und
Absatz 2 Satz 2 und Satz 2a SGB XI)

Artikel 1 Nummer 14 ist wie folgt zu ändern:

a) Dem Buchstaben a ist folgender Buchstabe 0a voranzustellen:

‚0a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „25 Millionen Euro“ durch die Angabe „35 Millionen Euro“ ersetzt.‘

b) Buchstabe a ist wie folgt zu fassen:

‚a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird die Angabe „50 Millionen Euro“ durch die Angabe „70 Millionen Euro“ ersetzt.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„< … weiter wie Vorlage … >“ ‘

Begründung:

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz sind die Angebote zur Unterstützung im Alltag sowohl bezüglich des Kreises der Anspruchsberechtigten als auch inhaltlich deutlich ausgeweitet worden. Seitdem haben nicht mehr nur Menschen, bei denen eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt wurde, sondern auch alle häuslich versorgten Pflegebedürftigen einen Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen für die Inanspruchnahme dieser Angebote. Die bisherige Beschränkung der Leistungen auf Betreuung wurde zugunsten der Finanzierung von Entlastungsleistungen geöffnet. Die genannten Ausweitungen rechtfertigen eine Erhöhung des maximalen Fördervolumens. Unter den demographischen Bedingungen, die die Pflege doppelt treffen, würde die Erhöhung ein wichtiges Zeichen für die zunehmende Bedeutung der Alltagsangebote in der Unterstützung der professionellen Pflege setzen.

Zudem können mit dem durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz ergänzten § 45c Absatz 9 SGB XI die Fördermittel künftig auch für die Unterstützung regionaler Netzwerke eingesetzt werden. Diese Erweiterung liefe ohne entsprechende Erweiterung des Fördervolumens in denjenigen Ländern leer, in denen die Fördermittel vollständig für die alltagsunterstützenden Angebote gebunden werden.

17. Zu Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe b (§ 45c Absatz 6 Satz 5 und Satz 6 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe b ist § 45 Absatz 6 wie folgt zu ändern:

a) In dem anzufügenden Satz 5 sind nach dem Wort „können“ die Wörter „für konkret benannte Projekte“ zu streichen.

b) In dem anzufügenden Satz 6 sind nach dem Wort „Gebietskörperschaften“ die Wörter „erfolgt erstmals für die Mittel des Ausgleichfonds nach Absatz 1 Satz 1 des Jahres 2015 und“ einzufügen.

Begründung:

Mit der Ergänzung in § 45c Absatz 6 SGB XI sieht der Gesetzentwurf die Umsetzung einer der „Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ vor. Die Regelung hat zum Ziel, die Ausschöpfung der Mittel nach § 45c SGB XI für den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, ehrenamtlicher Strukturen, Modellvorhaben und regionaler Netzwerke zu erhöhen. Die Regelung ermöglicht die Nutzung von ansonsten verfallenden Mitteln durch Länder, in denen die verfügbaren Fördermöglichkeiten nahezu vollständig gebunden werden. Sie wird vom

Bundesrat unterstützt.

Der Bundesrat hält aber

a) aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung die Bindung der Übertragung an „konkret benannte Projekte“ für nicht erforderlich und

b) die Klarstellung für geboten, dass die Regelung sofort mit Inkrafttreten des Gesetzes und damit in Bezug auf die Ende 2016 verfallenden Mittel aus 2015 umgesetzt werden kann.

18. Zu Artikel 1 Nummer 15a – neu – (§ 72 Absatz 3 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 1 ist nach Nummer 15 folgende Nummer 15a einzufügen:

‚15a. In § 72 Absatz 3 Satz 1 werden am Ende des Satzes nach dem Wort „erfüllt“ die Wörter „und der Vertragsinhalt nicht in Widerspruch zu den Empfehlungen nach § 8a steht“ angefügt.‘

Begründung:

In Umsetzung der Bund-Länder-Empfehlungen wird durch § 8a SGB XI die Grundlage für die Bildung sektorenübergreifender Gremien auf Landesebene und regionaler Ebene geschaffen, die Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung abgeben.

Nach § 8a Absatz 5 SGB XI werden diese Empfehlungen von den Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge einbezogen. Diese in Nummer 1.4 der „Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in Pflege“ vorgesehene Einbeziehungsverpflichtung der Pflegekassen kann von diesen nur umgesetzt werden, wenn eine entsprechende Einschränkung des bisher insoweit uneingeschränkten Kontrahierungszwangs in § 72 Absatz 3 SGB XI vorgenommen wird.

19. Zu Artikel 1 Nummer 15a – neu – (§ 72 Absatz 5 SGB XI) und
Nummer 17a – neu – (§ 82 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und
Nummer 3 – neu – SGB XI)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) Nach Nummer 15 ist folgende Nummer 15a einzufügen:

‚15a. In § 72 wird Absatz 5 wie folgt gefasst:

„(5) Zur Sicherstellung einer quartiersnahen Unterstützung von in der eigenen Häuslichkeit versorgten pflegebedürftigen Menschen sollen die Parteien nach Absatz 2 versorgungsvertragliche Regelungen dahin gehend abschließen, dass stationäre Pflegeeinrichtungen auch unterstützende Leistungen für Pflegebedürftige erbringen können, die nicht Bewohnerin oder Bewohner der jeweiligen Einrichtung sind.“ ‘

b) Nach Nummer 17 ist folgende Nummer 17a einzufügen:

‚17a. In § 82 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 3 angefügt:

„3. eine gesonderte Vergütung für die Leistungen vollstationärer Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 5.“ ‘

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Pflegebedürftige Menschen, die so lange wie möglich zu Hause wohnen bleiben wollen, benötigen passgenaue Unterstützungsleistungen für ihre Versorgung. Diese werden derzeit ausschließlich von ambulanten Pflegeeinrichtungen erbracht, obwohl auch stationäre Pflegeeinrichtungen sowohl über das Personal, die Infrastruktur (Pflegebäder, altersspezifische Fitnessgeräte et cetera) wie auch die Dienstleistungsstruktur (Essensangebote, Betreuungsleistungen, Angebote zur Tagesstrukturierung) verfügen, die die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in der unmittelbaren Umgebung der Einrichtung optimal ergänzen könnten. Eine solche Leistungserbringung innerhalb eines einheitlichen Versorgungsvertrages zu ermöglichen, könnte im Sinne der Betroffenen eine bessere Versorgung ermöglichen und Kosten (zum Beispiel

für Investitionen in die eigene Häuslichkeit) sparen. Zudem bietet eine entsprechende Erweiterung des Dienstleistungsangebots stationärer Einrichtungen ein großes Potential zur besseren sozialen Einbindung der Einrichtung und der in ihr lebenden Menschen in das Quartier oder den Sozialraum.

Die Änderung wurde inhaltsgleich bereits anlässlich des Bundesratsverfahrens zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz vom Bundesrat beschlossen. In ihrer Gegenäußerung verwies die Bundesregierung seinerzeit unter anderem auf das Instrument der Gesamtversorgungsverträge. Diese Argumentation der Bundesregierung greift zu kurz: Das Instrument der Gesamtversorgungsverträge wurde mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 eingeführt. Laut der seinerzeitigen Begründung der Bundesregierung verband sie mit der Einführung von Gesamtversorgungsverträgen insbesondere das Ziel, die Parteien der Versorgungsverträge mit Bürokratieabbau von unnötigem Verwaltungsaufwand zu entlasten und die Transparenz des Handelns zu fördern. Weiterhin ging die Bundesregierung davon aus, dass jede Einrichtung des Gesamtversorgungsvertrages weiterhin selbständig wirtschaftet und, soweit es zu einem übergreifenden Personaleinsatz in den verschiedenen selbständig wirtschaftenden Einrichtungen kommt, eine klare rechnungsmäßige Abgrenzung der Kosten des Personaleinsatzes erfolgt. Insofern sind entsprechend dieser Begründung Gesamtversorgungsverträge im Wesentlichen ein Mittel, verschiedene bisher eigenständige Pflegeeinrichtungen unter wirtschaftlichen, personellen und organisatorischen Gesichtspunkten zusammenzuführen. Auf das Leistungsspektrum einer einzelnen Einrichtung gegenüber den pflegebedürftigen Menschen – insbesondere unter dem Aspekt der Öffnung stationärer Pflegeeinrichtungen in das Quartier – hat dieser eingeschränkte Ansatz der Gesamtversorgungsverträge nur bedingten Einfluss und greift daher zu kurz. Die bisher überaus geringen Umsetzungszahlen bestätigen, dass das Instrument auch in der Praxis nicht als zielführend angesehen wird.

Zu Buchstabe b:

Die Öffnung stationärer Pflegeeinrichtungen zur Leistungserbringung ins Quartier soll nicht zu Lasten der Personalschlüssel für die Bewohnerinnen und Bewohner in der Einrichtung gehen. Daher wird mit der Änderung in § 82 SGB XI sichergestellt, dass seitens der Einrichtungen für die durch eine Quartiersöffnung erbrachten zusätzlichen Leistungen jeweils auch ein zusätzliches angemessenes Entgelt erhoben werden kann, aus dem etwaige Personalmehrbedarfe auf der Grundlage der Vereinbarungen nach § 72 Absatz 5 SGB XI finanziert werden können.

20. Zu Artikel 1 Nummer 16 (§ 75 Absatz 1 Satz 3 SGB XI)

In Artikel 1 ist Nummer 16 wie folgt zu fassen:

‚16. § 75 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 ist wie folgt zu fassen:

„Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe oder ein anderer nach Landesrecht für die ambulante Pflege zuständiger Sozialhilfeträger, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe als Vertragspartei am Vertragsschluss zu beteiligen, soweit nach Landesrecht die Zuständigkeit des örtlichen Trägers der Sozialhilfe gegeben ist.“

b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 werden … < weiter wie Vorlage > …

bb) Nummer 7 wird … < weiter wie Vorlage > …

cc) In Nummer 9 wird … < weiter wie Vorlage > …

dd) Folgende Nummer 10 wird … < weiter wie Vorlage > …‘

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Mit dieser Formulierung wird klargestellt, dass nur diejenigen Träger der Sozialhilfe in das aufwändige Verhandlungsgeschehen eingebunden werden, die auch tatsächlich aufgrund ihrer landesinternen Zuständigkeit Befugnisse bei der ambulanten oder stationären Pflege haben. Die bisherige Formulierung setzt

eine bestimmte Aufgabenverteilung zwischen den überörtlichen und den örtlichen Trägern der Sozialhilfe voraus, die so bei der Pflege nicht in allen Ländern gegeben ist.

Es ist jedoch alleinige Ländersache, die Zuständigkeit im Verwaltungsverfahren zu ordnen. Insofern ist die bisherige Formulierung einengend.

Zu Buchstabe b:

Wie Vorlage

21. Zu Artikel 1 Nummer 16 (§ 75 Absatz 2 Satz 1 SGB XI)

Zur verbesserten Bekämpfung des Abrechnungsbetrugs in der Pflege

a) Die geplante Neuregelung umfasst auch den Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung, in den Landesrahmenverträgen nach dem SGB XI explizit die Voraussetzungen für den Vertrag und dessen Erfüllung im Hinblick auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung zu vereinbaren (§ 75 Absatz 2 Satz 1 SGB XI). Die Bundesregierung erwartet, dass Pflegekassen dadurch künftig effektiver gegen bereits auffällig gewordene Anbieter von Pflegeleistungen vorgehen können.

b) Der Bundesrat bittet darum, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob hier nicht aus Gründen des Sozialdatenschutzes eine eindeutige gesetzliche Ermächtigung notwendig ist, damit Pflegekassen die Nachweise zur Zuverlässigkeit der führenden Personen eines Pflegedienstes (zum Beispiel polizeiliche Führungszeugnisse für Inhaber, Geschäftsführer, leitende Pflegefachkräfte) oder zur Qualifikation des eingesetzten Pflegepersonals rechtssicher einfordern können. Eine lediglich vertragliche Regelung, die noch dazu einen Konsens zwischen den Vertragspartnern voraussetzt, scheint hierzu nicht auszureichen.

c) Weiter bittet der Bundesrat, eine mögliche Regelung dann gegebenenfalls auch auf die gesetzliche Krankenversicherung zu übertragen für Pflegedienste, die ausschließlich eine Zulassung zur Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege anstreben.

Begründung:

In den Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der Pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften wurden aus aktuellem Anlass auch wichtige Maßnahmen gegen Abrechnungsbetrug in der Pflege (SGB V und SGB XI) aufgenommen.

Dazu gehört auch der Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung, in den Landesrahmenverträgen nach dem SGB XI explizit die Voraussetzungen für den Vertrag und dessen Erfüllung im Hinblick auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung zu vereinbaren (§ 75 Absatz 2 Satz 1 SGB XI). Die Bundesregierung erwartet, dass Pflegekassen dadurch künftig effektiver gegen bereits auffällig gewordene Anbieter von Pflegeleistungen vorgehen können, im äußersten Fall durch Kündigung des Versorgungsvertrags. So sollen auch geeignete Rechnungslegungs- und Buchführungsunterlagen, einschließlich der Leistungsnachweise, einbezogen werden.

Allerdings haben die Pflegekassen in der Vergangenheit die Erfahrung gemacht, dass sie sich bestimmte Unterlagen, die dem Nachweis der Zuverlässigkeit der führenden Personen eines Pflegedienstes dienen (polizeiliche Führungszeugnisse für Inhaber, Geschäftsführer, leitende Pflegefachkräfte) oder die Qualifikation des eingesetzten Pflegepersonals belegen, aus Datenschutzgründen nicht vorlegen lassen durften.

Der Bundesrat bittet daher, zu prüfen, ob möglicherweise über die vorgesehene Regelung hinaus gesetzliche Vorgaben, die zur Anforderung bestimmter Unterlagen ermächtigen, erforderlich sind.

Da einige ambulante Pflegedienste ausschließlich Verträge mit den Krankenkassen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege abschließen, bittet der Bundesrat, zu prüfen, ob eine dem § 75 Absatz 2 Satz 1 SGB XI entsprechende, gegebenenfalls im Hinblick auf die vorzulegenden Unterlagen weiter konkretisierte Regelung, zum Beispiel durch entsprechende Ergänzung des § 132a Absatz 2 Satz 1 SGB V, auf die gesetzlichen Krankenkassen übertragen werden kann.

22. Zu Artikel 1 Nummer 17 Buchstabe a1 – neu – und
Buchstabe b (§ 79 Absatz 1 Satz 1 und
Absatz 4 Satz 1,
Satz 2 Nummer 1,
Satz 2a – neu –,
Satz 4 – neu – und
Satz 5 – neu – SGB XI)

Artikel 1 Nummer 17 ist wie folgt zu ändern:

a) Nach Buchstabe a ist folgender Buchstabe a_1 einzufügen:

‚a_1) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Landesverbände der Pflegekassen“ durch die Wörter „Kostenträger im Sinne von § 85 Absatz 2 Satz 1 oder § 89 Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.“ ‘

b) In Buchstabe b ist Absatz 4 wie folgt zu ändern:

aa) Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

aaa) Die Wörter „Landesverbände der Pflegekassen“ sind durch die Wörter „Kostenträger im Sinne von § 85 Absatz 2 Satz 1 oder § 89 Absatz 2 Satz 1“ zu ersetzen.

bbb) Nach den Wörtern „durchführen lassen“ sind die Wörter „, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung fehlerhaft abrechnet“ zu streichen.

bb) In Satz 2 ist Nummer 1 wie folgt zu fassen:

„1. auf die Abrechnung von Pflegeleistungen nach diesem Buch oder dem Siebten Kapitel Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch sowie“

cc) Nach Satz 2 ist folgender Satz einzufügen:

„Wird die Abrechnungsprüfung durch einen Träger der Sozialhilfe initiiert, führt dieser die Prüfung selbst durch oder trägt die Kosten der Abrechnungsprüfung.“

dd) Folgende Sätze sind anzufügen:

„Bei Anhaltspunkten für fehlerhafte Abrechnung können sowohl die Landesverbände der Pflegekassen als auch die Sozialhilfeträger auf Landesebene Prüfungen veranlassen. Sie beauftragen hierzu gemeinsam Sachverständige.“

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Der Sozialhilfeträger trägt bei einer Vielzahl von Pflegeeinrichtungen einen erheblichen Anteil der Kosten für die Pflege. Da er bei den Folgen aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen gemäß § 79 Absatz 3 SGB XI bezüglich des Versorgungsvertrages und der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung zu beteiligen ist, soll er an der Beauftragung und Gestaltung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen ebenfalls mitwirken können.

Zu Buchstabe b:

Da die Kostenträger keinen Überblick und keine Kontrolle darüber haben, ob jeweils beim richtigen Kostenträger der korrekte Anteil der erbrachten Leistungen abgerechnet wurde, müssen bei der Abrechnungsprüfung nicht nur die Erstattung zu Lasten der Pflegeversicherung sondern alle Pflegeleistungen (gesetzliche und private Pflegeversicherung, Sozialhilfeträger und Selbstzahler) geprüft werden. Nur auf diese Weise kann festgestellt werden, ob ein Pflegedienst vertragsrechtlich zuverlässig ist (Rechtsgedanke aus § 72 Absatz 3 Satz 1 SGB XI).

Der Träger der Sozialhilfe hat ein erhebliches Interesse daran, dass die Leistungen zu Lasten aller Kostenträger in der Prüfung berücksichtigt werden, da er meist einen erheblichen Anteil der Kosten für die Pflege trägt und bei der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen (sogenannte Luftnummern) häufig im großen Umfang geschädigt ist. Um nicht mehr wie bisher zwingend auf die Entscheidung der Pflegekassen zur Prüfung angewiesen zu sein (§ 75 Absatz 5 Satz 1 SGB XII), benötigen die Sozialhilfeträger auf Landesebene ergänzend die Befugnis, eine Abrechnungsprüfung zu veranlassen.

23. Zu Artikel 1 Nummer 17a – neu – (§ 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI)

In Artikel 1 ist nach Nummer 17 folgende Nummer 17a einzufügen:

‚17a. In § 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 werden nach dem Wort „Zeit“ die Wörter „, bei ambulanter Pflege der Anfangs- und Endzeit,“ eingefügt.‘

Begründung:

In der ambulanten Pflege ist die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs-und Endzeiten die unabdingbare Grundlage, um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Pflege- und Betreuungsleistungen von einer Pflegeperson erbracht werden. Sie macht die Durchführung der Pflege für alle Beteiligten, insbesondere auch die Pflegebedürftigen und ihre Vertretungsberechtigten, transparenter. Eine Ergänzung in § 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI ist deshalb naheliegend und sachdienlich. Diese Aufzeichnungspflicht ist äußerst wichtig für die gezielte Überprüfung von Vertragsverstößen. Nur wenn Beginn und Ende der Leistungserbringung nachvollziehbar schriftlich fixiert werden, kann Fehlverhalten wie Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug gerichtsfest nachgewiesen werden. Damit handelt es sich um einen relevanten Beitrag, um dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Geltung zu verschaffen.

Die Anfangs- und Endzeiten der Pflegeeinsätze sind elementare Grundlagen der Personaldisposition und Einsatzplanung eines Pflegedienstes. Sie sind unersetzlich zur Sicherung einer effizienten Organisation der Leistungserbringung und sollten deshalb von jedem Pflegedienst systematisch erfasst werden. In der Praxis werden die Daten in der Regel schon jetzt erfasst und stehen damit ohne Mehraufwand zur Verfügung.

Die Umsetzung in technischer Hinsicht dürfte in der Praxis keine Probleme bereiten: Mit der einvernehmlichen Festlegung vom 28. Februar 2002 über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie über Einzelheiten des Datenträgeraustausches gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI haben sich die auf der Bundesebene agierenden Leistungserbringer gemeinsam mit den Spitzen-verbänden der Pflegekassen auf die Übermittlung von Beginn und Ende der Leistungserbringung verständigt. Die Technische Anlage zur Regelung des Datenträgeraustausches gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI (DTA) sieht vor, dass bei den Einzelbelegen zur Zeitvergütung die Uhrzeit von Beginn und Ende der Leistungserbringung anzugeben ist. Bei den Einzelbelegen zur Leistungskomplexvergütung ist im DTA die Eingabe der Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung eingestellt. Technisch ist im DTA hinterlegt, dass auch bei den Einzelbelegen zur Leistungskomplexvergütung die Uhrzeit von Beginn und Ende der Leistungserbringung eingegeben werden kann, sobald die entsprechenden Vereinbarungen getroffen worden sind. Damit liegen die Voraussetzungen für die Erfassung der Anfangs- und Endzeiten bereits mit dem bestehenden Verfahren zum Datenträgeraustausch nach § 105 Absatz 2 SGB XI vor.

Die elektronisch gestützte Leistungserfassung einschließlich der Erstellung von elektronischen Leistungsnachweisen erfolgt grundsätzlich „automatisiert“ mit dem dafür notwendigen technischen Standard. Der manuelle Eingabeaufwand ist damit begrenzt.

Die vorgeschlagene Neuregelung steht somit auch nicht der im Rahmen des Projektes der Bundesregierung „Zur Entbürokratisierung in der Pflege“ beabsichtigten Reduzierung des Dokumentationsaufwandes entgegen. Vielmehr wird hier zukunftsweisend ein wesentlicher Schritt in Richtung einer Verbindung zwischen erforderlichen fachlichen und „technischen“ Standards und neuen sozialrechtlichen Prüf- und Bewertungsmöglichkeiten eingeschlagen.

Zudem können über die erhobenen Anfangs- und Endzeiten im Hinblick auf die Wirkung der Entbürokratisierungsinitiative der Bundesregierung empirische Belege gewonnen werden, ob der ersparte Dokumentationsaufwand tatsächlich zu mehr Betreuungs- und Pflegezeiten bei den Menschen mit Pflegebedarf führt. Insofern kommt der Erfassung der Anfangs- und Endzeiten eine eigenständige, nicht zu vernachlässigende Bedeutung zu.

Der Gesetzgeber sieht in § 89 Absatz 3 SGB XI vor, dass die Vergütungen je nach Art und Umfang der Pflegeleistung nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden können. Für die Umsetzung der Vergütung nach Zeitaufwand werden Anfangs- und Endzeiten zwingend benötigt. Die Folgeregelung schafft für Vereinbarungspartner auf Landesebene, die diese Möglichkeit nutzen wollen, die Voraussetzungen zur Umsetzung.

24. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 109 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 SGB XI) und
Artikel 15 Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa
(§ 2 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe c und Buchstabe d PflegeStatV) und
Buchstabe b (§ 2 Absatz 2 Nummer 2 PflegeStatV)

Der Gesetzentwurf ist wie folgt zu ändern:

a) In Artikel 1 ist Nummer 19 wie folgt zu fassen:

‚19. § 109 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. betreute Pflegebedürftige nach Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, Postleitzahl des Wohnorts, Wohnort und Postleitzahl des Wohnorts vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, Art, Ursache, Grad und Dauer der Pflegebedürftigkeit, Art des Versicherungsverhältnisses,“ ‘

b) Artikel 15 Nummer 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Buchstabe a Doppelbuchstabe aa sind in § 2 Absatz 1 Nummer 4 die Buchstaben c und d wie folgt zu fassen:

„c) bei ambulant betreuten Pflegebedürftigen der Wohnort und die Postleitzahl des Wohnorts sowie

d) bei vollstationär betreuten Pflegebedürftigen der Wohnort und die Postleitzahl des Wohnorts vor Einzug in das Pflegeheim,“.

bb) Buchstabe b ist wie folgt zu fassen:

‚b) Absatz 2 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Empfänger von Pflegegeldleistungen nach den §§ 37 oder 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nach Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, Postleitzahl des Wohnortes und Grad der Pflegebedürftigkeit.“ ‘

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Das Merkmal „Wohnort“ bei vollstationär betreuten Pflegebedürftigen vor dem Einzug in das Pflegeheim soll zusätzlich erfasst werden.

Die ausschließliche Erfassung der Postleitzahl des Wohnortes ermöglicht eine korrekte territoriale Auswertung nur nach Postleitzahlbereichen. Auswertungen nach anderen kleinräumigen regionalen Einheiten (zum Beispiel Gemeinde, Sozialraum) können häufig nicht durchgeführt werden, da einige Gemeinden mehreren Postleitzahlbereichen angehören. Diese Änderung ist notwendig, um die Rechtsgrundlage, die Pflegestatistik-Verordnung, entsprechend ändern zu können, und dadurch die regionale Planung der Pflegeinfrastruktur zu verbessern.

Zu Buchstabe b:

Zusätzlich zum Merkmal „Postleitzahl“ soll das Merkmal „Wohnort“ bei ambulant betreuten Pflegebedürftigen (§ 2 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe c PflegeStatV) und bei vollstationär betreuten Pflegebedürftigen vor dem Einzug in das Pflegeheim (§ 2 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe d PflegeStatV) sowie bei Empfänger von Pflegegeldleistungen (§ 2 Absatz 2 Nummer 2 PflegeStatV) erhoben werden.

Die Änderungen der PflegeStatV sind notwendig, um die regionale Planung der Pflegeinfrastruktur deutlich zu verbessern.

25. Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 109 Absatz 3 Satz 3 – neu – SGB XI)

Artikel 1 Nummer 19 ist wie folgt zu fassen:

‚19. § 109 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 < … weiter wie Vorlage …>

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Verordnung nach Absatz 1 Satz 1 hat sicherzustellen, dass die Pflegeeinrichtungen diesen Auskunftsverpflichtungen gemeinsam mit der Auskunftsverpflichtung nach Absatz 1 durch eine einheitliche Auskunftserteilung nachkommen können.“ ‘

Begründung:

Die Auskunftspflicht nach § 109 Absatz 3 SGB XI ist von besonderer Bedeutung zur Gewährleistung einer kommunalen oder regionalen Planung der Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen. Sie muss daher gesichert werden, ohne die ohnehin mit zahlreichen bürokratischen Anforderungen konfrontierten Pflegeeinrichtungen mit zusätzlichem bürokratischen Aufwand zu belasten.

Die derzeitige Umsetzung des § 109 Absatz 1 SGB XI hat jedoch dazu geführt, dass die Pflegeeinrichtungen ihren Meldeverpflichtungen gemäß § 109 Absatz 3 SGB XI nicht mehr gleichzeitig mit der Meldung nach § 109 Absatz 1 SGB XI nachkommen können. Das vom Statistischen Bundesamt entwickelte Statistikverfahren führt dazu, dass die eingegebenen Daten so verschlüsselt werden, dass sie nur für dieses Verfahren genutzt werden können. Es ist daher in der Pflegestatistikverordnung sicherzustellen, dass der Bedeutung des Wortes „gleichzeitig" in § 109 Absatz 3 SGB XI wieder zur Geltung verholfen wird und die Pflegeeinrichtungen mit einer einheitlichen Datenerfassung sowohl gegenüber dem Bund als auch gegenüber den für die Planung und Investitionsfinanzierung zuständigen Landesbehörden nachkommen können.

26. Zu Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe a (§ 113b Absatz 2 Satz 2a – neu – und Satz 9 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 20 ist Buchstabe a wie folgt zu fassen:

‚a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Dem Qualitätsausschuss gehört außerdem ein Vertreter der Länder an."

bb) In Satz 9 wird das Wort „beratend" gestrichen.'

(entspricht inhaltlich dem Gesetzentwurf)

Begründung:

Mit der Konkretisierung des bestehenden gesetzlichen Auftrags an die Selbstverwaltung, geeignete und passende Instrumente zu entwickeln und dabei zu erproben, wie die Qualität in Wohngemeinschaften gesichert werden kann, sind die landesrechtlichen Zuständigkeiten für die neuen Wohnformen und die fachpolitischen Interessen der Länder maßgeblich tangiert. So werden die vom Qualitätsausschuss getroffenen Entscheidungen zur Qualitätssicherung in erster Linie in den Ländern umzusetzen sein. Folgerichtig sollten die Länder bei der Entscheidungsfindung mit eingebunden werden.

27. Zu Artikel 1 Nummer 24 (§§ 123, 124 SGB XI)

Artikel 1 Nummer 24 ist wie folgt zu fassen:

‚24. Die §§ 123 und 124 werden wie folgt gefasst:

„§ 123

Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung von Menschen mit Pflegebedarfen und ihrer Angehörigen; Verordnungsermächtigung

(1) In zeitlich befristeten Modellvorhaben zur Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen werden die Einbindung von Beratungsansprüchen und Beratungspflichten nach diesem Buch sowie von Beratungsansprüchen und Beratungspflichten zu weiteren Sozialleistungen, die in Verantwortung der Kommunen geleistet werden, in einem Gesamtkonzept mit dem Ziel erprobt, den Ratsuchenden eine umfassende, sozialräumlich ausgestaltete und niedrigschwellige Beratung anzubieten, soweit dies nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften vorgesehen ist. Die Länder bilden zur Steuerung der Modellvorhaben einen Beirat unter ihrer Leitung, bestehend aus den Kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene und den Landesverbänden der Pflegekassen. Das Nähere zu den konkreten Voraussetzungen, Zielen, dem Inhalt und der Durchführung der Modellvorhaben sowie zum Antragsverfahren nach Absatz 2 und zum Widerruf einer Genehmigung nach § 124 Absatz 2 ist, soweit die Länder die Möglichkeit von Modellvorhaben nach Satz 1 vorsehen, bis zum 31. Dezember 2018 durch landesrechtliche Vorschriften zu regeln.

(2) Die örtlichen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen können Modellvorhaben zur Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen für ihren Zuständigkeitsbereich bei der zuständigen obersten Landesbehörde beantragen, sofern dies nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften vorgesehen ist. Die Modellvorhaben können insbesondere folgende Aufgaben umfassen:

1. die Beratung der Altenhilfe nach § 71 Absatz 2, Nummer 3 und 4 des Zwölften Buches,
2. die Beratung nach den §§ 34 und 106 des Neunten Buches,
3. die Beratung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes,
4. die Beratung im Bereich der rechtlichen Betreuung,
5. die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c,
6. die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 und
7. die Pflegekurse nach § 45.

Die §§ 7a bis 7c, 17 Absatz 1a, § 37 Absatz 3 Satz 1, 2, 5 erster Halbsatz, Satz 6 erster Halbsatz und Absatz 4 sowie § 45 gelten entsprechend. In den Modellvorhaben soll insbesondere die Zusammenarbeit mit behindertengerechten Wohnangeboten, mit dem öffentlichen Nahverkehr und mit der Förderung des bürgerschaftlichen Engagements sichergestellt werden.

(3) Dem Antrag nach Absatz 2 ist ein Konzept beizufügen, wie die in Absatz 2 genannten Aufgaben insgesamt wahrgenommen, vorhandene Angebote der Pflegekassen, der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, und Dritter eingebunden und mit welchen eigenen sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln die Beratungsangebote ausgestattet werden.

(4) Die zuständige oberste Landesbehörde kann höchstens so viele Modellvorhaben genehmigen, wie ihr nach dem Königsteiner Schlüssel für das Jahr 2017 bei einer Gesamtzahl von insgesamt 60 Modellvorhaben zustehen. Der Antrag kann genehmigt werden, wenn die Anforderungen nach den Absätzen 1 und 2 in Verbindung mit den landesrechtlichen Vorgaben im Sinne des Absatzes 1 Satz 3 erfüllt sind. Die Länder wirken bei der Genehmigung darauf hin, dass unterschiedliche Ansätze erprobt werden und entscheiden im Benehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene und den Landesverbänden der Pflegekassen. Erfolgt in einem Land keine landesrechtliche Regelung innerhalb der in Absatz 1 Satz 3 genannten Frist oder wird die Zahl der nach Satz 1 zugeteilten Modellvorhaben in einem Land nicht ausgeschöpft, werden die zustehenden Modellvorhaben durch das Bundesministerium für Gesundheit auf andere Länder übertragen. Eine Reihenfolge hierfür wird zwischen Bund und Ländern vereinbart.

(5) Ist ein Antrag nach Absatz 4 genehmigt, trifft der Antragsteller auf der Basis des vorgelegten Konzepts mit den Landesverbänden der Pflegekassen eine Vereinbarung

1. zur Zusammenarbeit,
2. zur Einbeziehung bestehender Beratungs- und Kursangebote,
3. zu Nachweis- und Berichtspflichten gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen,
4. zum Übergang der Beratungsaufgaben,
5. zur Haftung für Schäden, die den Pflegekassen durch fehlerhafte Beratung entstehen und
6. zur Beteiligung der Pflegekassen mit sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln.

Der Beitrag der Pflegekassen darf den Aufwand nicht übersteigen, der entstehen würde, wenn sie die Aufgaben im selben Umfang selbst erbringen würden. Bei Nichteinigung innerhalb der Landesverbände der Pflegekassen gilt § 81 Absatz 1 Satz 2. Die Landesregierungen werden ermächtigt, Schiedsstellen entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 1 bis 4 einzurichten und eine Rechtsverordnung entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 5 zu erlassen. Abweichend von Satz 3 können die Parteien der Vereinbarung nach Satz 1 einvernehmlich eine unparteiische Schiedsperson und zwei unparteiische Mitglieder bestellen, die den Inhalt der Vereinbarung nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen nach ihrer Bestellung festlegen. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Parteien der Vereinbarung zu gleichen Teilen.

(6) Mit dem Inkrafttreten der Vereinbarung zur Zusammenarbeit nach Absatz 5 Satz 1 geht die Koordination der Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 2 und, soweit dies vereinbart wurde,

auch die Verantwortung für

1. die Erbringung der Leistungen der Pflegeberatung nach §§ 7a bis 7c,
2. die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 von anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen mit Wohnort im Bereich der örtlichen Zuständigkeit des Antragstellers nach Absatz 2 und deren Angehörigen sowie
3. die Pflegekurse nach § 45

in die Zuständigkeit des Antragstellers nach Absatz 2 über.

§ 124

Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat

(1) Anträge zur Durchführung von Modellvorhaben können bis zum 31. Dezember 2019 gestellt werden. Modellvorhaben nach diesem Kapitel sind auf fünf Jahre oder längstens bis 31. Dezember 2025 zu befristen.

(2) Die Genehmigung zur Durchführung eines Modellvorhabens kann widerrufen werden, wenn die in § 123 Absatz 2 genannten Aufgaben oder die nach § 123 Absatz 5 Satz 1 vereinbarten und die in § 123 Absatz 5 Satz 2 festgelegten Anforderungen nicht oder nicht in vollem Umfang erfüllt werden oder von dem genehmigten Konzept abweichen. Eine Klage gegen den Widerruf hat keine aufschiebende Wirkung. Die zuständige oberste Landesbehörde überprüft die Erfüllung der Aufgaben nach § 123 Absatz 1 und 2 regelmäßig und anhand der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung nach Absatz 2 nach Abschluss des jeweiligen Kalenderjahres.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit und die für die Modellvorhaben nach § 123 Absatz 1 Satz 1 zuständigen obersten Landesbehörden gemeinsam veranlassen im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung aller Modellvorhaben durch unabhängige Sachverständige. Die Auswertung erfolgt nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Beratung im Vergleich zur Beratung vor Beginn des jeweiligen Modellvorhabens und außerhalb der Modellvorhaben. Das schließt auch einen Vergleich mit den Beratungsangeboten der sozialen Pflegeversicherung und privaten Pflege-Pflichtversicherung ein. Die unabhängigen Sachverständigen haben einen Zwischenbericht und einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Auswertungen zu erstellen. Der Zwischenbericht ist spätestens am 31. Dezember 2023 und der Abschlussbericht spätestens am 31. Juli 2026 zu veröffentlichen. Die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und der Auswertung der Modellvorhaben tragen je zur Hälfte der Bund und die für diese Modellvorhaben zuständigen obersten Landesbehörden gemeinsam.

(4) Die nach Landesrecht zuständigen Stellen begleiten die Modellvorhaben über die gesamte Laufzeit. Das Bundesministerium für Gesundheit sorgt für einen bundesweiten Austausch der Modellvorhaben untereinander unter Beteiligung der für die Begleitung und Auswertung nach Absatz 3 zuständigen unabhängigen Sachverständigen, der Länder, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene sowie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Beirat zur Begleitung der Modellvorhaben ein. Der Beirat tagt mindestens zweimal jährlich und berät den Sachstand der Modellvorhaben. Ihm gehören Vertreterinnen und Vertreter der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der Länder, der Pflegekassen, der Wissenschaft, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend an.“ '

Begründung:

In der am 29. September 2014 eingerichteten „Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ wurde neben zahlreichen weiteren Empfehlungen der Beschluss gefasst, das Konzept der „Modellkommune Pflege“ zur Erprobung neuer Beratungsstrukturen auf den Weg zu bringen. Im Vergleich zum vorliegenden Gesetzentwurf, mit dem das Konzept gesetzgeberisch umgesetzt werden soll, sind insbesondere folgende Änderungen in § 123 SGB XI vorgesehen:

Absatz 1 enthält eine Präambel, in der das zentrale Ziel des Konzepts beschrieben und klargestellt wird,

dass die Umsetzung nur erfolgt, soweit sich Länder dazu entschließen. Den Ländern, die sich für die Umsetzung entscheiden, wird die Bildung eines Beirats auf Landesebene aufgegeben, der bei der Steuerung des Prozesses unterstützt.

Absatz 2 benennt gleichberechtigt die Leistungen der Kommunen und der Pflegekassen, die in das Modellvorhaben eingebracht werden können. Es wird klargestellt, dass eine umfassende oder eine selektive Übernahme von Aufgaben erfolgen kann. Zudem wird der Kreis potenzieller Antragsteller für Modellvorhaben so formuliert, dass auch tatsächlich die Kommunen angesprochen werden – und nicht etwa überörtliche Träger der Sozialhilfe, wie im Gesetzentwurf vorgesehen.

Absatz 3 beschreibt das Antragsverfahren und berücksichtigt auch die Angebote der privaten Pflegeversicherung.

Absatz 4 verzichtet, abweichend vom Gesetzentwurf, auf Bundesempfehlungen zur Umsetzung der Modellvorhaben. Vorgaben zu Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und zur Durchführung der Modellvorhaben ergeben sich hinreichend aus dem Gesetz, so dass die konkrete Ausgestaltung auf Landesebene vereinbart werden kann. Ein langwieriges Abstimmungsverfahren zwischen Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Bund und Ländern kann somit entfallen.

Die Vorgabe im Gesetzentwurf, wonach zur Hälfte Kommunen ohne mehrjährige Erfahrung an den Modellvorhaben teilzunehmen haben, ist in der Praxis nicht umsetzbar. Kriterien zur „Erfahrenheit“ werden kurzfristig nicht einvernehmlich identifizierbar sein.

Zudem könnte die Bewerbung „unerfahrener“ Antragsteller nicht gewährleistet werden. Alternativ wird daher vorgegeben, eine Vielfalt unterschiedlicher Modelle zu erproben.

Anders als im Gesetzentwurf, werden die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene sowie die Landesverbände der Pflegekassen bei der Genehmigung des Konzepts durch die zuständige oberste Landesbehörde frühzeitig eingebunden, um das weitere Verfahren zu beschleunigen.

Die Verteilung nicht genutzter Kontingente an Modellvorhaben auf andere Länder erfolgt übergeordnet durch das Bundesministerium für Gesundheit anstelle der im Gesetzentwurf normierten bilateralen Übertragung zwischen einzelnen Ländern.

Absatz 5 regelt, dass die Vereinbarung zwischen dem Träger des Modellvorhabens und den Landesverbänden der Pflegekassen auf Basis des von der zuständigen obersten Landesbehörde genehmigten Konzepts erfolgt. Anderenfalls könnten sich Träger von Modellvorhaben in der Vereinbarung von dem ursprünglichen Ansatz, der ausdrücklich genehmigt wurde, wieder entfernen und der Genehmigungsvorbehalt liefe ins Leere.

Bei Uneinigkeit unter den Landesverbänden der Pflegekassen wird auf den bewährten Konfliktlösungsmechanismus in § 81 Absatz 1 Satz 2 SGB XI zurückgegriffen.

Absatz 6 stellt für das Wirksamwerden der Koordinierungsaufgabe beziehungsweise den Übergang von Verantwortungen, abweichend vom Gesetzentwurf, auf das Inkrafttreten der Kooperationsvereinbarung ab.

Die in Absatz 7 des Gesetzentwurfs vorgesehene Nachweispflicht der Kommunen entspricht nicht den Absprachen in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Sie wäre auch in der Praxis nicht umsetzbar, da die Nachweisführung über die eingebrachten Mittel vor und nach Beginn der Modellvorhaben auf Grundlage der Haushaltsaufstellung nicht hinreichend gelingen könnte. Da gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen ohnehin eine Nachweis- und Berichtspflicht besteht (Absatz 5 Nummer 3), kann auf weitergehende Vorgaben verzichtet werden.

In § 124 SGB XI werden im Vergleich zum Gesetzentwurf die zeitlichen Fristen gestrafft beziehungsweise flexibilisiert und Folgeänderungen aus § 123 SGB XI vorgenommen.

Die unbedingte Vorgabe des Widerrufs der Genehmigung von Modellvorhaben wird in Absatz 2 durch das Ermessen der zuständigen obersten Landesbehörde ersetzt, um bei geringfügigen „Verstößen“ die Verhältnismäßigkeit wahren zu können.

Die wissenschaftliche Begleitung wird anstelle des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen vom Bund mitverantwortet; ersterer bleibt gleichwohl in das Verfahren eingebunden. Gleichzeitig erfolgt die Kostentragung nicht aus Mitteln des Ausgleichsfonds nach § 65 SGB XI.

Für den bundesweiten Austausch über die Umsetzung der Modellvorhaben und die Einrichtung eines begleitenden Beirats übernimmt das Bundesministerium für Gesundheit die Federführung, da es auch die

Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege als Urheber des Modellgedankens geleitet hat.

28. Zu Artikel 1 Nummer 25 Buchstabe b (§ 141 Absatz 3 Satz 6 – neu – SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 25 Buchstabe b ist dem § 141 Absatz 3 folgender Satz anzufügen:

„Die Pflegekassen haben die Versicherten über die Höhe des Zuschlags nach Satz 1 spätestens mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und bei jeder Änderung des Zuschlags schriftlich zu informieren."

Begründung:

§ 141 Absatz 3 SGB XI soll sicherstellen, dass durch die Überleitung der Pflegesätze beziehungsweise deren Neuverhandlung kein pflegebedürftiger Mensch in der vollstationären Pflege, der schon vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Leistungen erhalten hat (Bestandsfall), einen höheren Eigenanteil am Pflegsatz entrichten muss.

Die pflegebedürftigen Menschen müssen hierüber rechtzeitig informiert werden, damit keine Unsicherheit oder Unklarheit über die Zahlung des Entgelts bei den Bewohnerinnen und Bewohnern, Einrichtungen und Sozialleistungsträgern auftritt.

29. Zu Artikel 1 Nummer 25 Buchstabe d – neu – (§ 141 Absatz 3b – neu – SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 25 ist nach Buchstabe c folgender Buchstabe d anzufügen:

‚d) Nach Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:

„(3b) Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der Kurzzeitpflege der Eigenanteil im Jahr 2017 nach Abzug des Leistungsbetrages nach § 42 Absatz 2 Satz 2 um mindestens 216 Euro höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vorjahr, so ist zum Leistungsbetrag nach § 42 Absatz 2 Satz 2 von Amts wegen ein Zuschlag in Höhe der Differenz, abzüglich eines Betrages in Höhe von 216 Euro, von der Pflegekasse zu erstatten. In der Vergleichsberechnung nach Satz 1 sind für beide Kurzzeitpflegemaßnahmen jeweils die vollen Pflegesätze und die Dauer der Kurzzeitpflegemaßnahme im Jahr 2017 zugrunde zu legen. Dies gilt entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung." ‘

Begründung:

Insbesondere bei Pflegebedürftigen, für die im Rahmen der Überleitung nach § 140 SGB XI aufgrund erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz der sogenannte „doppelte Stufensprung" vorgesehen ist, können sich im Jahr 2017 erheblich höhere Eigenanteile als noch im Jahr 2016 ergeben. Dies resultiert aus dem mit dem höheren Pflegegrad in der Regel steigenden Pflegesatz bei gleichbleibender Höhe des pflegegradunabhängigen Leistungsbetrages für Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI.

Ein Anspruch auf den Besitzstand besteht nur, wenn Pflegebedürftige in den Jahren 2016 und 2017 jeweils separate Kurzzeitpflegemaßnahmen in Anspruch genommen haben.

Im Rahmen der fiktiven Vergleichsberechnung wird dem Eigenanteil für die Kurzzeitpflege im Jahr 2017 der Eigenanteil des Jahres 2016 gegenübergestellt, der sich bei identischer Dauer der Kurzzeitpflege nach den jeweils geltenden Pflegesätzen ergibt.

Die Leistungsausweitung in anderen Bereichen rechtfertigt es, dass der Besitzstand erst bei einer deutlichen Mehrbelastung zur Anwendung kommt. Der Betrag in Höhe von 216 Euro ergibt sich aus der Differenz zwischen der Höhe des Pflegegeldes bei Pflegegrad 2 ab Januar 2017 und der Höhe des Pflegegeldes bei Pflegestufe 1 und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bis Dezember 2016 über einen Zeitraum von drei Monaten.

30. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 63 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe g – neu –, Nummer 3, Nummer 4 und § 64i Satz 1 SGB XII)

Artikel 2 Nummer 5 ist wie folgt zu ändern:

a) § 63 Absatz 1 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) Der Nummer 1 ist folgender Buchstabe anzufügen:

„g) einem Entlastungsbetrag (§ 64i),“

bb) In Nummer 3 ist das Komma durch das Wort „und“ zu ersetzen.

cc) Nummer 4 ist zu streichen.

b) In § 64i Satz 1 sind nach der Angabe „5“ die Wörter „, die in häuslicher Umgebung gepflegt werden,“ einzufügen.

Begründung:

Der Betrag dient der Entlastung pflegender Angehöriger oder Pflegepersonen von Menschen mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5, der Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen im Alltag oder der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten nach § 45a SGB XI. In der Begründung des Gesetzentwurfs wird darauf hingewiesen, dass der Betrag zweckgebunden eingesetzt werden muss. In § 64i SGB XII wird jedoch versäumt, darauf hinzuweisen, dass dieser zusätzliche Betrag nur von Menschen in häuslicher Pflege benötigt wird und damit auch in der Hilfe zur Pflege nur diesem Personenkreis zusteht. Die vorgeschlagene Änderung dient dem Zweck, klarzustellen, dass der Träger der Sozialhilfe nicht leistet, wenn ein Pflegebedürftiger in einer stationären Einrichtung lebt. Auf diese ab dem 1. Januar 2017 „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ genannten Leistungen besteht nach § 45a Absatz 1 Satz 1 SGB XI in der dann gültigen Fassung ebenfalls nur ein Anspruch, wenn die Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der häuslichen Umgebung versorgt werden.

31. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 63 Absatz 1 Satz 2 SGB XII)

In Artikel 2 Nummer 5 ist § 63 Absatz 1 Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Hilfe zur Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein.“

Begründung:

In § 28 Absatz 4 SGB XI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung heißt es, dass Pflege Sterbebegleitung mit einschließt. Es ist kein Grund ersichtlich, weshalb in § 63 Absatz 2 SGB XII die anderslautende Formulierung der Begleitung in der letzten Lebensphase verwendet wird. Der Gesetzentwurf selbst sagt in seiner Begründung hierzu aus, dass Satz 2 die entsprechende Vorschrift des § 28 SGB XI inhaltsgleich übernehme, und beschreibt die betroffenen Maßnahmen auch als Sterbebegleitung. Da sowohl das SGB V als auch das SGB XI ebenfalls Leistungen für Sterbebegleitung vorsehen, die den Leistungen des Siebten Kapitels SGB XII vorgehen, ist nicht nachvollziehbar, aus welchen Gründen der Gesetzentwurf unterschiedliche Formulierungen für den gleichen Regelungsinhalt heranzieht. Um Unsicherheiten zu vermeiden und einer unterschiedlichen Rechtsauslegung und Handhabung vorzubeugen, ist die Begrifflichkeit daher wortgleich anzupassen.

32. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 63b Absatz 1 Satz 3 SGB XII)

In Artikel 2 Nummer 5 sind in § 63 b Absatz 1 Satz 3 am Ende nach dem Wort „erhalten“ die Wörter „oder in der Lage sind, zweckentsprechende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften in Anspruch zu nehmen“ einzufügen.

Begründung:

Nach § 63b Absatz 1 Satz 3 SGB XII haben die Träger der Sozialhilfe Leistungen der Hilfe zur Pflege nur dann nicht zu erbringen, wenn und soweit die pflegebedürftigen Leistungsberechtigten gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften tatsächlich erhalten.

Zur Klarstellung ist es erforderlich, dass entsprechend der im bisherigen § 66 Absatz 4 Satz 1 SGB XII

normierten Sicherstellung des Nachrangs der Sozialhilfe Hilfe zur Pflege auch insoweit nicht erbracht wird, als Pflegebedürftige in der Lage sind, zweckentsprechende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften in Anspruch zu nehmen (zum Beispiel bei Inanspruchnahme von häuslicher Pflegehilfe, Verweis auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen oder Kombileistungen der Pflegeversicherung). Die Regelung verstärkt damit noch einmal ausdrücklich den Nachranggrundsatz.

Ohne diese Regelung sind erhebliche Mehrausgaben der Träger der Sozialhilfe zu befürchten, da Leistungsberechtigte nicht mehr wie bisher auf die Inanspruchnahme anderer zweckentsprechender Leistungen verwiesen werden könnten.

33. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 63b Absatz 4 Satz 1 und Absatz 6 Satz 1 SGB XII)

In Artikel 2 Nummer 5 ist § 63b wie folgt zu ändern:

a) In Absatz 4 Satz 1 sind das Wort „selbst" und der Klammerzusatz „(Arbeitgebermodell)" zu streichen.

b) Absatz 6 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Stellen die Pflegebedürftigen ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicher, können sie nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem Elften Buch verwiesen werden."

Begründung:

Die neue Begrifflichkeit „Arbeitgebermodell" wird nicht als erforderlich angesehen. An der Legaldefinition des § 66 SGB XII – alt – wird festgehalten.

Der neue § 63b Absatz 4 SGB XII regelt die Leistungskonkurrenz von Ansprüchen aus verschiedenen Sozialgesetzbüchern und bezieht sich auf den § 11 Absatz 3 SGB V. In diesem ist die Begrifflichkeit „Arbeitgebermodell" nicht enthalten. Unterschiedliche Begrifflichkeiten in den im Zusammenhang stehenden Paragraphen aus verschiedenen Sozialgesetzbüchern sollten vermieden werden.

34. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 64b Absatz 1 Satz 1 SGB XII)

In Artikel 2 Nummer 5 ist § 64b Absatz 1 Satz 1 wie folgt zu fassen:

„Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung durch die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft (häusliche Pflegehilfe), soweit die häusliche Pflege nach § 64 nicht durch Pflegegeld sichergestellt werden kann, die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich ist und die Kosten angemessen sind."

Begründung:

Die Regelung des § 64b Absatz 1 Satz 1 SGB XII, nach der die Träger der Sozialhilfe die häusliche Pflegehilfe als Pflegesachleistung und somit selber zu erbringen haben, widerspricht dem der Sozialhilfe immanenten Grundsatz des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses, nach dem der Leistungs- und Kostenträger – hier die Träger der Sozialhilfe – die Kosten der Leistungserbringung zwar trägt, die Leistungserbringung aber durch einen Dritten erfolgt. Es ist hier kein Grund ersichtlich und auch in der Gesetzesbegründung dafür nicht aufgeführt, dass von dem oben beschriebenen und seit jeher geltenden und bewährten Strukturprinzip der Sozialhilfe abgewichen werden müsste oder auch nur sollte.

Aus diesem Grund ist die häusliche Pflegehilfe – wie bisher auch – nicht als Sachleistung, sondern durch eine Hilfe (Geldleistung) für eine besondere Pflegekraft zu erbringen. In § 63b Absatz 5 und § 64f Absatz 1 SGB XII greift der Gesetzentwurf selbst auf den Begriff „besondere Pflegekraft" zurück, ohne den Begriff zu definieren. Insofern dient die Aufnahme in § 64 Absatz 1 Satz 1 SGB XII auch der Klarstellung.

Des Weiteren ist dem Wortlaut der Regelung des § 64b SGB XII nicht zu entnehmen, dass die pflegebedürftigen Leistungsberechtigten lediglich Anspruch auf häusliche Pflegehilfe haben, die für ihre Pflege erforderlich ist. Zudem ergibt sich aus der Regelung nicht unmissverständlich, dass die Träger der Sozialhilfe nur Kosten in angemessener Höhe zu tragen haben. Demgegenüber wird beispielhaft in den Regelungen der §§ 64c, 64e und 64f SGB XII ausdrücklich ausgeführt, dass die Träger der Sozialhilfe lediglich die angemessenen Kosten für die jeweiligen notwendigen Leistungen zu übernehmen haben.

Die Sozialhilfe greift grundsätzlich erst dann und insoweit ein, wenn sich die oder der Leistungsberechtigte nicht oder nicht in ausreichendem Maße selbst helfen kann oder die erforderliche Hilfe nicht von anderen erhält. Es widerspräche daher diesem elementaren Strukturprinzip der Sozialhilfe, wenn die Träger der Sozialhilfe die Kriterien der Notwendigkeit und Angemessenheit bei der häuslichen Pflegehilfe nicht zu berücksichtigen hätten. Bereits aus Gründen der Klarstellung und um Missverständnisse sowie Streitigkeiten zu vermeiden, sind diese Voraussetzungen in die Vorschrift aufzunehmen. Sie entsprechen im Übrigen der bisherigen Rechtslage (vergleiche § 65 Absatz 1 Satz 2 SGB XII in der jetzigen Fassung).

35. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 64d Absatz 1 Satz 1 SGB XII)

In Artikel 2 Nummer 5 ist in § 64d Absatz 1 Satz 1 der erste Halbsatz wie folgt zu fassen:

„Pflegebedürftige haben Anspruch auf die Übernahme angemessener Kosten für eine Versorgung mit notwendigen Pflegehilfsmitteln,“

Begründung:

Dem Wortlaut der Regelung des § 64d SGB XII ist nicht zu entnehmen, dass die pflegebedürftigen Leistungsberechtigten lediglich Anspruch auf Pflegehilfsmittel haben, die für ihre Pflege erforderlich sind. Zudem ergibt sich aus der Regelung nicht unmissverständlich, dass die Träger der Sozialhilfe nur Kosten in angemessener Höhe zu tragen haben. Demgegenüber wird beispielhaft in den Regelungen der §§ 64c, 64e und 64f SGB XII ausdrücklich ausgeführt, dass die Träger der Sozialhilfe lediglich die angemessenen Kosten für die jeweiligen notwendigen Leistungen zu übernehmen haben. Auch in vergleichbaren Vorschriften des Fünften und Elften Buches Sozialgesetzbuch (vgl. § 33 SGB V und § 40 SGB XI) erfolgt jeweils eine Beschränkung auf das Erforderliche beziehungsweise Notwendige und auf die angemessenen Kosten. Es widerspräche dem elementaren Strukturprinzip des Nachrangs der Sozialhilfe, wenn die Träger der Sozialhilfe die Kriterien der Notwendigkeit und Angemessenheit bei der Leistungserbringung nicht zu berücksichtigen hätten. Bereits aus Gründen der Klarstellung und um Missverständnisse sowie Streitigkeiten zu vermeiden, sind diese Voraussetzungen in die Vorschrift aufzunehmen.

36. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§§ 66a – neu – und 66b – neu – SGB XII) und
Nummer 12a – neu – (§ 122 Absatz 3 Nummer 4 SGB XII)

Artikel 2 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 5 sind nach § 66 die folgenden §§ 66a und 66b einzufügen:

„§ 66a

Evaluation

(1) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales untersucht die Auswirkungen auf dieses Buch und insbesondere auf das Siebte Kapitel, die mit den durch das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) und das Dritte Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften vom (…) (BGBl. I S. …) eingeführten Änderungen verbunden sind. Zu diesem Zwecke beauftragt es im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung der Länder eine begleitende wissenschaftliche Evaluation und berichtet dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat über die Ergebnisse dieser Untersuchung. Im Rahmen der Evaluation sind insbesondere Auswirkungen hinsichtlich der folgenden Aspekte zu untersuchen:

a) Brutto- und Nettoausgaben der Träger der Sozialhilfe für erbrachte Leistungen nach dem Siebten Kapitel im Vergleich zu den jeweiligen Ausgaben des Jahres 2016;

b) Verwaltungsausgaben der Träger der Sozialhilfe im Rahmen des Siebten Kapitels im Vergleich zu den Ausgaben des Jahres 2016;

c) Entwicklung der Anzahl der Leistungsberechtigten im Rahmen des Siebten Kapitels nach Pflegegraden, Leistungsart und -umfang sowie Versichertenstatus;

d) Entwicklung der Anzahl der Leistungsberechtigten, die sowohl Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sechsten Kapitel als auch Leistungen der Hilfe zur Pflege nach diesem Kapitel erhalten;

e) Auswirkungen der Regelungen im Elften und diesem Buch sowie dem Neunten Buch zur Abgrenzung der Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch sowie den Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege nach dem Sechsten und Siebten Kapitel dieses Buches sowie ab dem Jahr 2020 der Eingliederungshilfe nach dem Zweiten Teil des Neunten Buches.

(2) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales richtet einen Beirat zur Begleitung der Evaluation ein. Der Beirat tagt mindestens zweimal jährlich und berät den Sachstand der Evaluation. Ihm gehören Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalen Spitzenverbände, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Länder, der Wissenschaft, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales an.

(3) Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation für die Jahre 2017 bis 2021 ist bis zum 30. Juni des Jahres 2022 vorzulegen und zu veröffentlichen.

§ 66b

Erstattung durch den Bund

(1) Der Bund beteiligt sich an den Leistungen nach diesem Kapitel, um diejenigen Ausgaben auszugleichen, die den nach diesem Kapitel zuständigen Trägern durch die mit dem Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) und das Dritte Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften vom (…) (BGBl. I S. …) eingeführten Änderungen entstehen. Der Bund erstattet hierzu, beginnend mit dem Jahr 2018, den Ländern für das jeweilige Vorjahr die gesamten entstandenen Nettoausgaben im Siebten Kapitel, die die entsprechenden Nettoausgaben des Jahres 2016 übersteigen.

Die Höhe der für die Erstattung durch den Bund nach Satz 2 in einem Kalenderjahr zugrunde zu legenden Nettoausgaben entspricht den in den Ländern angefallenen reinen Ausgaben der Träger der Sozialhilfe nach dem Siebten Kapitel, die vom Statistischen Bundesamt ermittelt werden; zugrunde zu legen sind die Nettoausgaben des Jahres 2016 im Vergleich zu den Nettoausgaben des jeweiligen Jahres, für das die Erstattung gezahlt wird.

(2) Der Anteil eines Landes an den vom Bund für ein Kalenderjahr nach Absatz 1 zu übernehmenden Ausgaben entspricht dessen Anteil an den bundesweiten Nettoausgaben des Vorjahres nach Absatz 1 Satz 3 (Länderanteile). Die Länderanteile sind auf zwei Dezimalstellen zu berechnen; die zweite Dezimalstelle ist um eins zu erhöhen, wenn sich in der dritten Dezimalstelle eine der Ziffern von 5 bis 9 ergeben würde.

(3) Die Erstattung des Bundes wird jeweils zum 1. Juli, beginnend mit dem Jahr 2018, an die Länder gezahlt.

(4) Die Erstattung nach Absatz 1 wird erstmals im Jahr 2022 überprüft und angepasst, sobald der Bericht nach § 66a vorliegt.“

b) Nach Nummer 12 ist folgende Nummer 12a einzufügen:

‚12a. § 122 Absatz 3 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. bei Leistungsberechtigten nach dem Siebten Kapitel zusätzlich

a) der Pflegegrad,

b) die Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit und die Kosten hierfür,

c) die Ermittlung des pflegerischen Bedarfs und die Kosten hierfür,

d) das Vorliegen einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung,

e) Art und Höhe der einzelnen Bedarfe getrennt nach §§ 64 bis 66,

f) die Erbringung von Pflegeleistungen von Sozialversicherungsträgern nach Art und Höhe.“ ‘

Begründung:

Allgemein:

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) soll der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der auch in die soziale Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) eingeführt wird, in die Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) aufgenommen werden. Hierdurch wird gewährleistet sein, dass alle pflegebedürftigen Personen innerhalb des jeweiligen Pflegegrades Zugang zu den gleichen Leistungen haben, unabhängig davon, ob die Pflegebedürftigkeit kognitiv, psychisch oder körperlich bedingt ist. Zudem sollen in diesem Zusammenhang Leistungsverbesserungen für die pflegebedürftigen Personen und ihre Angehörigen eingeführt werden, wodurch eine größere Anzahl an Personen Anspruch auf weitere und umfangreichere Leistungen der Hilfe zur Pflege in der Sozialhilfe haben wird.

So sehr dies im Sinne der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen, die zu Recht die Unterstützung und den Respekt der Gemeinschaft verdienen, zu begrüßen ist, so sehr bestehen auch berechtigte Sorgen hinsichtlich der sich hieraus ergebenden Kosten für die Leistungsträger, nämlich der Träger der Sozialhilfe und somit der Kommunen und Länder. Der Gesetzentwurf stellt in seiner Begründung selbst fest, dass mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auch zukünftig keine Vollabsicherung des Pflegerisikos durch die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erfolgen wird. Diese begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI werden folglich auch in Zukunft das ergänzende System der Hilfe zur Pflege im SGB XII erfordern, damit der pflegerische Bedarf von Pflegebedürftigen im Fall der finanziellen Bedürftigkeit umfassend sichergestellt ist.

Obwohl der Bund in seiner Gesetzesbegründung selbst feststellt, dass sich die Leistungen im neuen Recht der Hilfe zur Pflege merklich erweitern, geht er dennoch davon aus, dass die Änderungen, die durch das PSG III, aber auch durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) eintreten werden, im Ergebnis zu einer Entlastung der Träger der Sozialhilfe führen. Indes legt der Bund weder dar, anhand welcher Daten und aufgrund welcher Berechnungen er zu diesem Schluss kommt, noch sind die verwendeten Daten und die aufgeführten Berechnungen nachvollziehbar. Die vom Bund prognostizierte Entlastung der Träger der Sozialhilfe kann daher nicht als belegt und gesichert angesehen werden.

Die Länder sind demgegenüber aufgrund eigener Berechnungen zu dem Ergebnis gelangt, dass das PSG II und III den Trägern der Sozialhilfe erhebliche Mehrausgaben verursachen werden. Die Berechnungen reichen von 400 Millionen Euro bis zu 2,8 Milliarden Euro jährlich. Dies gilt es wegen der bereits bestehenden erheblichen finanziellen Belastungen der Kommunen und Länder unbedingt zu verhindern. Kommunen und Ländern dürfen keine Mehrkosten entstehen.

Aus diesen Gründen ist es unabdingbar, dass im Rahmen des PSG III eine qualifizierte Evaluations- und Kostenausgleichsklausel zugunsten der Träger der Sozialhilfe in das SGB XII aufgenommen wird. Dies macht es auch erforderlich, die amtlichen Statistikmerkmale an die neue Rechtslage anzupassen, um in Zukunft über qualitativ bessere Daten zu verfügen. Die Evaluationsklausel des neuen § 18c SGB XI ist für die Feststellung der Kostenfolgen und der Ausgabenentwicklung in der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII nicht ausreichend, weil hiernach nicht zwingend auch die Auswirkungen auf das SGB XII untersucht werden müssen und Kostenfolgen für die Sozialhilfe überhaupt keinen Untersuchungsgegenstand darstellen.

Es wird an dieser Stelle daran erinnert, dass die Länder bereits in ihren Stellungnahmen zum PSG II (vgl. BR-Drucksache 354/15 (Beschluss) und BR-Drucksache 567/15 (Beschluss)) diese Forderungen an den Bund gestellt haben.

Für den Bund besteht hinsichtlich der Aufnahme der geforderten Evaluations- und Mehrausgleichsklausel kein Risiko, da er – von der Richtigkeit seiner Berechnungen überzeugt – sogar unter Berücksichtigung der durchschnittlichen jährlichen Ausgabensteigerungen in der Hilfe zur Pflege im Ergebnis mit erheblichen Entlastungen der Träger der Sozialhilfe rechnet.

Zu Buchstabe a:

Zu § 66a (Evaluation):

Die Auswirkungen, die die durch das Zweite und Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG II und III) eingeführten Änderungen auf die Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) haben werden, sind nicht abschätzbar und daher zu evaluieren. Derzeit existiert keine valide Grundlage, um die Entwicklung der Ausgaben und Empfängerzahlen in der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII zu beziffern. Die geltende Sozialhilfestatistik bietet keine geeignete Grundlage für die Berechnung der Kostenfolgen. Bis zur Anpassung der zentralen Sozialhilfestatistik bedarf es daher einer wissenschaftlichen Begleitung, in deren Rahmen aufgrund der bestehenden finanziellen Belastung der Kommunen und Länder ein besonderes Augenmerk auf die den Trägern der Sozialhilfe entstehenden Mehrausgaben zu legen ist. Die Kommunalen Spitzenverbände, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Länder sind zu beteiligen. Ein erster Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist im Jahr 2022 für den vorhergehenden Zeitraum vorzulegen.

Zu § 66b (Erstattung durch den Bund):

Die den Trägern der Sozialhilfe nach Inkrafttreten der PSG II und III entstehenden Ausgaben, die die sich vor deren Inkrafttreten ergebenden Aufwendungen übersteigen, sind vom Bund zu erstatten. Während der Bund eine Entlastung der Träger prognostiziert, sind die Länder demgegenüber der Ansicht, dass die Änderungen zu erheblichen Mehrausgaben der Träger führen werden. Eine Überprüfung und Anpassung der Erstattungsregelung ist nach Vorlage des Evaluationsberichtes vorzunehmen.

Zu Buchstabe b:

Die amtlichen Statistikmerkmale sind an die neue Rechtslage anzupassen, um perspektivisch über qualitativ bessere Daten zu verfügen.

37. Zu Artikel 2 Nummer 13 (§ 138 Satz 1 SGB XII)

In Artikel 2 Nummer 13 ist § 138 Satz 1 wie folgt zu fassen:

„Einer Person, die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf Leistungen nach dem Siebten Kapitel in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hat, sind die ihr am 31. Dezember 2016 zustehenden Leistungen über den 31. Dezember 2016 hinaus bis zum Abschluss des von Amts wegen zu betreibenden Verfahrens zur Ermittlung und Feststellung des Pflegegrades sowie des notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 63a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung unter Anrechnung der erhöhten Leistungen nach dem Elften Buch weiter zu gewähren.“

Begründung:

Es ist kein Grund ersichtlich und auch nicht der Gesetzesbegründung zu entnehmen, weshalb pflegebedürftige Leistungsberechtigte in stationärer Pflege schlechter als diejenigen in häuslicher Pflege gestellt und ihnen nicht auch übergangsweise bis zum Abschluss des Begutachtungs- und Bedarfsfeststellungsverfahrens bisher zustehende Leistungen weiter gewährt werden sollten. Gerade Leistungsberechtigten der Pflegestufe 0, die sich schon länger in einer stationären Einrichtung befinden, und bei denen unklar ist, ob und in welchen Pflegegrad eine Einordnung erfolgt, kann nicht zugemutet werden, von einem Tag auf den anderen die Einrichtung zu verlassen.

Aus Gründen der Klarstellung und um Missverständnisse zu vermeiden, ist zudem aufzunehmen, dass vor der Ermittlung und Feststellung des notwendigen pflegerischen Bedarfs die Ermittlung des Pflegegrades und die Einordnung der Leistungsberechtigten in die Pflegegrade zu erfolgen hat und höhere Leistungen der Pflegekassen auf den Anspruch anzurechnen sind. Der Bestandsschutz soll nur gewährleisten, dass den Leistungsberechtigten ab Januar 2017 zusammen mit den Leistungen der Pflegeversicherung insgesamt mindestens der Betrag zur Verfügung steht, der auch im Dezember 2016 zur Verfügung stand.

38. Zu Artikel 2 Nummer 13 (§ 139 – neu – SGB XI)

In Artikel 1 ist die Nummer 13 wie folgt zu fassen:

‚13. Die folgenden §§ 137, 138 und 139 werden angefügt:

„§ 137

< … wie Vorlage … >

§ 138

< … wie Vorlage … >

§ 139

Besitzstandsregelung für Pflegebedürftige ohne Pflegestufe
aus Anlass des Dritten Pflegestärkungsgesetzes

Personen, deren Hilfebedarf am 31. Dezember 2016 nicht das Ausmaß des § 61 Absatz 1 Satz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erreicht, und die aus diesem Grund am 31. Dezember 2016 Hilfe zur Pflege nach § 61 Absatz 1 Satz 2 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erhalten, ist Hilfe zur Pflege in dem am 31. Dezember 2016 geleisteten Umfang weiter zu gewähren, es sei denn, nach § 61 in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung ergeben sich entsprechend hohe oder höhere Leistungen. Die Leistungen nach § 61 in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung sind dabei zu berücksichtigen. Eine Verringerung des Pflegebedarfs wirkt sich leistungsmindernd aus. Vorrangige Leistungen sind anzurechnen. Die Vorschriften über den Einsatz von Einkommen und Vermögen bleiben unberührt. Die Besitzstandsregelung endet am 31. Dezember 2019.“ ‘

Begründung:

Die geltenden Leistungsvoraussetzungen der Hilfe zur Pflege ermöglichen nach § 61 Absatz 1 Satz 2 SGB XII eine Leistungsgewährung, auch wenn das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nicht die Pflegestufe I nach dem SGB XI rechtfertigt (zweite Fallkonstellation, sogenannte Pflegestufe 0).

Der Personenkreis ist quantitativ von Relevanz. Es ist davon auszugehen, dass hierzu im Bundesgebiet mehrere tausend Personen sowohl im stationären wie ambulanten Bereich gehören.

Eine automatische Umstellung in einen Pflegegrad ist nach § 140 Absatz 2 SGB XI nur bei versicherten Personen ohne Pflegestufe vorgesehen, bei denen bereits eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) festgestellt worden ist. Dieser Personenkreis wird dem Pflegegrad 2 zugeordnet.

Die anderen Leistungsberechtigten ohne Pflegestufe müssen ab 1. Januar 2017 in jedem Fall nach dem neuen Begutachtungsinstrument (NBI) neu begutachtet werden; entweder vom MDK bei Versicherten oder vom Sozialhilfeträger bei Personen ohne Versicherungsanspruch. Bereits für diesen Übergangszeitraum ist eine Rechtsgrundlage erforderlich, die die Weiterzahlung der bisherigen Leistungen über den 1. Januar 2017 für diesen Personenkreis ermöglicht. Die Übergangsregelung in § 138 SGB XI wäre hierfür geeignet, wenn sie denn neben dem ambulanten auch den stationären Bereich umfassen würde.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass viele der nach dem NBI zu begutachtenden Personen der Pflegestufe 0 ab 1. Januar 2017 dem Pflegegrad 1 zugeordnet werden.

Die gedeckelten Leistungen, die bei Vorliegen des Pflegegrades 1 vorgesehen sind, reichen jedoch in vielen Fällen nicht für eine bedarfsgerechte ambulante Pflege aus. Das gilt auch unter dem Aspekt, dass die Hilfe zur Weiterführung des Haushalts nach § 70 SGB XI für die hauswirtschaftliche Versorgung geöffnet werden soll. Bei stationärer Pflege sind im Rahmen der Hilfe zur Pflege sogar überhaupt keine Leistungen vorgesehen.

Daher ist für die Leistungsberechtigten, die derzeit ohne Pflegestufe Hilfe zur Pflege beziehen und nach der Begutachtung gemäß dem NBI den Pflegegrad 1 erhalten, dringend eine Besitzstandsregelung erforderlich, die eine Weiterversorgung auf dem am 31. Dezember 2016 bestehenden Leistungsniveau auch nach der Feststellung des Pflegegrades und des notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 63a SGB XII ermöglicht. Ansonsten besteht das Risiko, dass eine bedarfsgerechte Versorgung dieser Personen nicht mehr möglich ist.

Die Besitzstandsregelung greift nicht, wenn die Begutachtung nach dem NBI ab 1. Januar 2017 einen Pflegegrad 2 oder höher ergibt, da der Leistungskatalog der Hilfe zur Pflege ab Pflegegrad 2 offen ist und in jedem Fall eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet werden kann.

Um Fehlanreizen vorzubeugen, wird die Besitzstandsregelung auf einen Zeitraum von drei Jahren befristet.

39. Zu Artikel 2 (Zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Sozialwesen)

a) Der Bundesrat begrüßt, dass mit dem geplanten Dritten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften unter anderem auch wichtige Maßnahmen gegen Abrechnungsbetrug in der Pflege (SGB V und SGB XI) kurzfristig umgesetzt werden sollen, und unterstützt diese Maßnahmen nachdrücklich.

b) Der Bundesrat bittet die Bundesregierung sicherzustellen, dass den nach Landesrecht bestimmten Trägern der Sozialhilfe im SGB XII entsprechende rechtliche Kontroll- und Eingriffsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden, um vorsätzlichem Fehlverhalten durch Leistungsanbieter bei durch den Träger der Sozialhilfe finanzierten Leistungen effektiv entgegenwirken zu können. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung hierbei um die rechtliche Ausgestaltung relevanter Rahmenbedingungen.

Im Einzelnen:

- Der Bundesrat bittet die Bundesregierung sicherzustellen, dass neben den Landesverbänden der Pflegekassen auch den Trägern der Sozialhilfe ein Recht eingeräumt wird, eine Abrechnungsprüfung gemeinsam mit den Landesverbänden der Pflegekassen oder auch eigenständig zu veranlassen, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Pflegeeinrichtung fehlerhaft abrechnet.
- Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure in der Pflege – Bund, Länder, Kranken- und Pflegekassen, Aufsichtsbehörden sowie gegebenenfalls auch die Pflegeverbände – zu fördern und zum institutionell abgesicherten Austausch von Strategien und Informationen die weiteren erforderlichen datenschutzrechtlichen Möglichkeiten zu schaffen.
- Der Bundesrat bittet die Bundesregierung klarzustellen, dass Dienstleistungen der häuslichen Pflege nach § 36 SGB XI als gewerbliche Tätigkeiten einzustufen sind, für die eine Gewerbeanmeldung nach § 14 Absatz 1 Gewerbeordnung erforderlich ist, so dass unseriös agierende Pflegedienste wegen Unzuverlässigkeit ordnungsrechtlich geprüft und belangt werden können.

Begründung:

Spätestens seitdem Mitte April 2016 in den Medien über einen unveröffentlichten Bericht des Bundeskriminalamtes (BKA) zu systematischem und organisiertem Abrechnungsbetrug durch „russische Pflegedienste“ berichtet wurde, ist das Phänomen „Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ regelmäßig Diskussionsgegenstand in der Öffentlichkeit und es ist dadurch deutlich geworden, dass es sich um ein bundesweit relevantes Thema handelt.

Es wird seitdem in der Presse immer wieder über auftretenden Abrechnungsbetrug bei einzelnen Pflegeunternehmen berichtet, die organisiert vorrangig dort vorgehen, wo sich durch Sprachgruppen geschlossene soziale Systeme gebildet haben. Diese Entwicklung darf nicht ignoriert werden und kann aufgrund regionaler Erfahrungen weitgehend bestätigt werden.

Abrechnungsbetrug meint dabei beispielhaft die Falschabrechnung nicht erbrachter Pflegeleistungen, den Einsatz nicht ausreichend qualifizierten Personals, das Erschleichen von Pflegeleistungen, das korrupte Zusammenwirken zwischen Pflegekräften, Leistungsempfängern und beteiligten Ärzten sowie andere Betrugsformen in verschiedenen, systematisch betriebenen Fallkonstellationen, die zu Lasten der Allgemeinheit finanziert werden.

Bundesgesundheitsminister Gröhe hat in den letzten Monaten gegenüber allen in der Pflege Verantwortlichen sehr deutlich gemacht, dass betrügerische Machenschaften in der Alten- und Krankenpflege nicht geduldet werden und konsequent verfolgt werden müssen, um Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und das Sozialsystem insgesamt vor Missbrauch zu schützen. Dadurch müsse auch verhindert werden, dass kriminelle Machenschaften einzelner Betrüger die ganze Pflegebranche in Verruf bringen.

In der Pflege- und auch in der Krankenversicherung wurden bereits Regelungen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Qualitätsmängeln geschaffen, um Pflegebedürftige und ihre Angehörigen besser vor kriminellen Handlungen zu schützen:

- So wurde mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) mit Wirkung zum 1. Januar 2016 eingeführt, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung unangemeldete Anlasskontrollen – bei Anzeichen von Qualitätsmängeln, Betrug et cetera – auch in der ambulanten Pflege durchführen kann (§ 114a Absatz 1 SGB XI). Zudem wurden eine Pflichtprüfung von Abrechnungen durch den MDK bei allen Regelprüfungen eingeführt (§ 114 Absatz 2 Satz 6 SGB XI).
- Der Deutsche Bundestag hat am 14. April 2016 das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen beschlossen. Mit diesem Gesetz wird nicht nur ein neuer Straftatbestand für Bestechung und Bestechlichkeit von Angehörigen der Heilberufe im Strafgesetzbuch eingeführt, sondern es werden auch die sogenannten Fehlverhaltensbekämpfungsstellen gestärkt, die bei jeder Kranken- und Pflegekasse eingerichtet sind und die (auch anonymen) Hinweisen auf Korruption und Abrechnungsbetrug nachgehen. Mit dem neuen Gesetz erhält der GKV-Spitzenverband die Befugnis, Richtlinien zur einheitlichen und koordinierten Tätigkeit dieser Stellen zu erlassen. Außerdem verpflichtet das Gesetz künftig zu einer regelmäßigen Berichterstattung über die Tätigkeit dieser Stellen auch gegenüber der Öffentlichkeit, zu einer engeren Zusammenarbeit und einem Erfahrungsaustausch untereinander und mit den Strafverfolgungsbehörden.

Darüber hinaus besteht jedoch ein weiterer Bedarf, auch die Kontrollrechte zur Beweiserhebung und -sicherung sowie Eingriffsrechte bei Fehlverhalten für den Sozialhilfeträger zu stärken und noch eindeutiger zu regeln.

Die Feststellung von Betrugsverhalten findet durch den Sozialhilfeträger entweder eher zufällig oder im rechtlichen Graubereich statt und ist grundsätzlich nur unter dem einschränkenden Deckmantel der Bedarfsfeststellung möglich. Selbst wenn es konkrete Anhaltspunkte zum Leistungsbetrug gibt (zum Beispiel durch Hinweise von Leistungsberechtigten oder Angehörigen), besteht für den Träger der Sozialhilfe im SGB XII keine Grundlage, um eigenständig Prüfungen der Leistungen zu veranlassen beziehungsweise durchzuführen, die ausschließlich über das SGB XII finanziert werden. Weiterhin wird die Nachweisprüfung und Beweissicherung des Sozialhilfeträgers durch unzureichende Rechtsgrundlagen im SGB XII erschwert. So hat der Sozialhilfeträger zum Beispiel kaum Möglichkeiten, Manipulationen an der Pflegedokumentation belastbar nachzuweisen. Auch die Anpassungen der bestehenden Rahmenbedingungen mit dem Ziel, die Anfangs- und Endzeiten der jeweiligen Einsätze verbindlich zu dokumentieren, sowie die Möglichkeit zur eindeutigen Identifikation der durchführenden Pflegekraft sind wichtige Voraussetzungen, damit der Sozialhilfeträger den vielfältigen Betrugsvarianten effektiv und rechtssicher entgegen treten kann.

Grundlegende Voraussetzung für die wirksame Eindämmung und Verhinderung des Abrechnungsbetruges ist, dass die verschiedenen Akteure in der Pflege – Bund, Länder, Kranken- und Pflegekassen, Aufsichtsbehörden sowie gegebenenfalls auch die Pflegeverbände – konsequent zusammenarbeiten und Strategien und Informationen institutionell abgesichert austauschen können. Diese notwendige Zusammenarbeit scheitert immer wieder an fehlenden oder wenig eindeutig formulierten gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz mit der Konsequenz, dass ins Blickfeld der Ermittlungsbehörden geratene systematisch unseriös agierende Pflegedienste zunehmend den Standort aufgeben und in anderen Regionen oder auch Ländern die bisherigen kriminellen Machenschaften erneut und unbehelligt weiter praktizieren können.

Vor dem Hintergrund des festgestellten betrügerischen Handelns von Pflegediensten dürfen diese sich auch den ordnungsrechtlichen Kontroll- und Sanktionsmechanismen nicht entziehen können. Daher ist die gesetzlich eindeutige Einbeziehung der Dienstleistung „Häusliche Pflege“ in die Vorschriften des Gewerberechtes notwendig. Derzeit ist strittig, ob die Tätigkeit eines Pflegedienstes in den Anwendungsbereich des § 6 Absatz 1 GewO fällt, also unter die „Ausübung ärztlicher und anderer Heilberufe“ subsumiert werden kann. Ziel muss es sein, die rechtlichen und formalen Voraussetzungen zur Gründung eines Pflegedienstes deutlich zu erhöhen und die Qualifizierung des eingesetzten Personals leichter überprüfbar zu machen. Es gilt zu verhindern, dass im Falle einer Kündigung des Versorgungsvertrages oder eines Strafverfahrens der bestehende Pflegedienst aufgelöst und ein neuer Dienst mit gleicher Zielstellung und Methode gegründet wird. Hierzu bedarf es einer rechtlichen Klarstellung auf Bundesebene.

40. Zu Artikel 16 Nummer 5 (§ 15 Absatz 5 Satz 4 – neu – MPG)

In Artikel 16 Nummer 5 ist dem § 15 Absatz 5 folgender Satz anzufügen:

„§ 15 Absatz 2 und 4 sowie § 16 Absatz 1 und 2 gelten entsprechend.“

Begründung:

Der angefügte Satz dient der Klarstellung, um auch bei den Prüflaboratorien nach § 15 Absatz 5 MPG eine klare Rechtsgrundlage für die Überwachung, die Bekanntmachung, das Erlöschen, die Rücknahme, den Widerruf und das Ruhen der Anerkennung zu schaffen.

41. Zu Artikel 16 Nummer 8 (§ 26 Absatz 2 Satz 7 – neu – und Satz 8 – neu – MPG)

Artikel 16 Nummer 8 ist wie folgt zu fassen:

‚8. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Überwachung umfasst auch die Meldungen der für die Kontrolle der Außengrenzen zuständigen Behörden über Aussetzungen gemäß Artikel 27 Absatz 3 Satz 1 der Verordnung (EG) Nr. 765/2008; die Bearbeitung der Meldungen obliegt in diesen Fällen der Überwachungsbehörde, die für die Zollstelle örtlich zuständig ist. Die Zuständigkeit der örtlich für den Einführer zuständigen Behörde wird im Übrigen nicht berührt.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

< … weiter wie Vorlage … >'

Begründung:

Es muss sichergestellt werden, dass Produkte, die in den Genuss des freien Warenverkehrs innerhalb der Europäischen Union kommen, den geltenden Anforderungen für ein hohes Niveau in Bezug auf den Schutz öffentlicher Interessen wie Gesundheit und Sicherheit im Allgemeinen entsprechen. Daher schließt die Marktüberwachung die Kontrollen von Produkten aus Drittstaaten, die in den Binnenmarkt eingeführt werden sollen, ein.

Zur Feststellung der örtlichen Zuständigkeit einer Marktüberwachungsbehörde bei Meldungen der Zollbehörden zu Medizinprodukten, die zur Überführung in den freien Warenverkehr vorgesehen sind, kam es in der Vergangenheit zu unterschiedlichen Auffassungen zwischen Zollbehörden, Marktüberwachungsbehörden am Ort der Zollstelle und Marktüberwachungsbehörden am Bestimmungsort der Waren. Hintergrund sind unterschiedliche Auslegungen des jeweiligen Landesverwaltungsverfahrensgesetzes in Ermangelung einer fachgesetzlichen Regelung. Mit der nun vorgesehenen Regelung erfolgt eine fachgesetzliche Klarstellung zur örtlichen Zuständigkeit.

42. Zu Artikel 16 Nummer 8 Buchstabe a (§ 26 Absatz 3 Nummer 1 MPG)

In Artikel 16 Nummer 8 Buchstabe a sind in § 26 Absatz 3 Nummer 1 die Wörter „drohender Gefahr“ durch die Wörter „dringender Gefahr“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Regelung schränkt das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung nach Artikel 13 des Grundgesetzes (GG) ein. Artikel 13 Absatz 7 GG gestattet Eingriffe und Beschränkungen aufgrund eines Gesetzes allerdings nur zur Verhütung einer dringenden Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung. Die bestehende Regelung verlangt das Vorliegen einer drohenden Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung. Damit steht die derzeit geltende Regelung nicht im Einklang mit höherrangigem Recht.

Aus der Begründung des Gesetzentwurfs geht hervor, dass die Vorschrift aus Praktikabilitätsgründen an die bestehende Regelung in § 64 Arzneimittelgesetz (AMG) angeglichen wird. Die Regelung in § 64 Absatz 4 Nummer 1 AMG sieht vergleichbare Befugnisse allerdings zur „Verhütung dringender Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung“ vor. Im Zuge der Anpassung der Formulierungen in § 26 MPG an § 64 AMG empfiehlt es sich, zugleich den Gefahrenbegriff anzugleichen.

43. Zu Artikel 16 Nummer 8 Buchstabe e (§ 26 Absatz 3 Nummer 5 Satz 2 – neu – MPG)

In Artikel 16 Nummer 8 Buchstabe e ist in § 26 Absatz 3 der Nummer 5 folgender Satz anzufügen:

„Nummer 3a gilt entsprechend.“

Begründung:

Es handelt sich um eine Klarstellung des Gewollten.

Gegenäußerung der Bundesregierung

Die Bundesregierung äußert sich zu der Stellungnahme des Bundesrates wie folgt:

Zu Nummer 1 Zum Gesetzentwurf allgemein

Die Bundesregierung stellt zum Beschluss des Bundesrates fest:

Die Schätzung der Kostenfolgen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist in den Begründungen zum Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) und zum Entwurf des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) ausführlich und transparent dargelegt worden.

Im PSG II sind zunächst die Entlastungswirkungen, die sich aus den Mehrausgaben der Pflegeversicherung spiegelbildlich für die auf ergänzende Sozialhilfeleistungen angewiesenen Pflegebedürftigen und damit die Träger der Sozialhilfe ergeben, dargestellt worden. In der Begründung zum Entwurf des PSG III sind die Auswirkungen der Übertragung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) insbesondere auch für Personen quantifiziert worden, die keinen Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung haben. Durch die Wirkungen beider Gesetze ergibt sich in der Summe eine Entlastung der Träger der Sozialhilfe. Die Berechnungsgrundlagen wurden in einer Besprechung mit den Ländern ausführlich erörtert und durch zusätzliche statistische Informationen zur Zahl der Nichtversicherten bestätigt.

Eine Evaluation auch der finanziellen Wirkungen beider Gesetze auf die Sozialhilfe wird im Rahmen der gesetzlich in § 18c Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) vorgesehenen Gesamtevaluation der Auswirkungen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgen. Der auch vom Bundesrat geforderten Evaluation der Kostenwirkungen wird damit im Rahmen der geltenden gesetzlichen Vorschriften bereits Rechnung getragen.

Die Aufnahme einer Zuschussregelung wird abgelehnt.

§ 43a SGB XI in der noch geltenden Fassung, der an vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen anknüpft, liefe ohne Anpassung des Wortlauts infolge der Aufgabe der Differenzierung der Eingliederungshilfe nach ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen durch das geplante Bundesteilhabegesetz ins Leere. Die im Entwurf vorgenommenen Änderungen dienen der Aufrechterhaltung der bisherigen Rechtswirkungen der Norm hinsichtlich der Leistungspflicht der Pflegeversicherung. Die Bundesregierung wird prüfen, inwieweit weitere Präzisierungen der Norm erforderlich sind, ohne dass die Zielsetzung – nämlich die Aufrechterhaltung der bisherigen Rechtswirkungen der Norm – aufgegeben werden muss. Dabei wird darauf zu achten sein, dass solche Präzisierungen nicht einer Verlagerung von Kosten anderer Träger auf die Pflegeversicherung Vorschub leisten.

Zu Nummer 2 Zu Artikel 1 Nummer 1a – neu – (§ 7a Absatz 7 Satz 1 SGB XI)

Die Bundesregierung kann dem Vorschlag nicht folgen.

In den maßgeblichen Vorschriften des SGB XI, z. B. in § 72 Abs. 2, § 85 Abs. 1 und § 87, sind als Vertragspartner die zuständigen Behörden, nicht aber die Ministerien genannt. Die nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der Altenhilfe und die zuständigen Träger der Sozialhilfe sind bereits Vertragspartner in dieser Vorschrift. Dies ist sachgerecht.

Zu Nummer 3 Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 7b Absatz 2a Satz 1 erster Halbsatz SGB XI)

Die Bundesregierung kann dem Vorschlag nicht folgen.

Es ist sachgerecht, dass nur diejenigen Stellen der Länder Beratungsgutscheine einlösen können sollen, die auch Beratungsaufgaben im Bereich Hilfe zur Pflege und (kommunaler) Altenhilfe haben. Eine Zuweisung der Zuständigkeit an fachfremde Stellen kann die Qualität der Beratung gefährden und damit den Zielen des § 7a SGB XI zuwiderlaufen.

Zu Nummer 4 Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe b und Buchstabe d (§ 7c Absatz 1a Satz 1 und Satz 2 und Absatz 6 Satz 1 bis 4 SGB XI)

Die Bundesregierung wird eine Ergänzung der im Gesetz als Initiatoren für Pflegestützpunkte angeführten Stellen um nach Landesrecht zu bestimmende Stellen für die (kommunale) Altenhilfe prüfen. Gleiches gilt für die

geforderte Klarstellung bezüglich der Zahl der Pflegestützpunkte je Einzugsgebiet.

Dem Vorschlag, den „örtlichen Trägern der Hilfe zur Pflege“ das Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten zu übertragen, kann die Bundesregierung hingegen nicht folgen. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Länder regeln, wie das Initiativrecht ausgeübt werden soll und wie überörtlicher und örtlicher Träger in dieser Frage zusammenarbeiten sollen.

Dem Vorschlag, den Begriff der Vereinbarung zu nutzen, kann die Bundesregierung nicht folgen. Der Begriff „Rahmenverträge“ kann nicht ersetzt werden durch „Vereinbarungen“, da eindeutige und verbindliche Rahmenverträge mit Rechtsfolgen erforderlich sind.

Dem Vorschlag, den Kreis der Vertragspartner für Rahmenverträge zu öffnen, folgt die Bundesregierung ebenfalls nicht. Als Vertragspartner vorgesehen sind Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene. Eine Erweiterung ist nicht sachgerecht.

Zu Nummer 5 Zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe c (§ 8a Absatz 2 Satz 1 SGB XI)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen, auch im Hinblick auf die Umsetzung der Regelungen des § 90a (Gemeinsames Landesgremium) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

Zu Nummer 6 Zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe c (§ 8a Absatz 3 SGB XI)

Die Bundesregierung kann dem Vorschlag nicht folgen.

Gerade im regionalen Kontext ist das Prinzip der Einvernehmlichkeit für die erfolgreiche Umsetzung von Empfehlungen durch die Beteiligten vor Ort unerlässlich.

Zu Nummer 7 Zu Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe c (§ 8a Absatz 5 SGB XI)

Die Bundesregierung kann dem Vorschlag nicht folgen.

Die Regelung im Gesetzentwurf setzt die entsprechende Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen korrekt um.

Zu Nummer 8 Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 10 Absatz 2 SGB XI)

Die Bundesregierung kann dem Vorschlag nicht folgen.

Die Regelung ist notwendig, um die Transparenz hinsichtlich der Investitionskostenförderung durch die Länder zu verbessern. Die aktuellen Daten liegen den Ländern nach § 82 Absatz 3 im Hinblick auf geförderte Pflegeeinrichtungen und nach § 82 Absatz 4 im Hinblick auf nicht geförderte Pflegeeinrichtungen vor. Der Erfüllungsaufwand ist mit rund 5 000 Euro pro Jahr vertretbar.

Zu Nummer 9 Zu Artikel 1 Nummer 5a – neu – (§ 10a – neu – SGB XI)

Die Bundesregierung kann dem Vorschlag nicht folgen.

Der Vorschlag wurde bereits im Gesetzgebungsverfahren zum PSG II von den Ländern vorgetragen und von der Bundesregierung abgelehnt. Soweit es sich um Daten handelt, die bereits im Rahmen der in einem 4-Jahres-Rhythmus vorzulegenden Pflegeberichte (§ 10 SGB XI) erhoben und veröffentlicht werden, wäre eine darüber hinaus gehende jährliche Erhebung mit unverhältnismäßigem Aufwand verbunden. Zu berücksichtigen ist dabei auch, dass den Pflegekassen und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bereits mit dem PSG II zusätzliche Berichtspflichten in verschiedenen Bereichen (z. B. im Bereich der Beratung) auferlegt worden sind.

Ergänzend wird auch auf die aktuell mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen vom 30. Mai 2016 dem Spitzenverbund Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) nach § 197a Absatz 6 SGB V neu auferlegte Pflicht zur Veröffentlichung seines Berichts über die Arbeit und Ergebnisse der eingerichteten organisatorischen Einheiten zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen und die inhaltliche Neugestaltung der von dem Vorstand der Krankenkassen, den Landesverbänden der Krankenkassen und dem GKV-Spitzenverband in diesem Zusammenhang zu erstellenden Berichte (vgl. § 197a Absatz 5 Satz 3 SGB V) verwiesen.

Zu Nummer 10 Zu Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 13 Absatz 3 Satz 3 SGB XI) und Artikel 2 Nummer 5 (§ 63b Absatz 1 Satz 1 und 2 sowie § 63c – neu – SGB XII)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag insoweit prüfen, als im Kern das Verhältnis von Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe betroffen ist. Dabei wird darauf zu achten sein, dass etwaige Änderungen nicht zu einer Verlagerung von Kosten anderer Träger auf die Pflegeversicherung führen.

Zu Nummer 11 Zu Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe c – neu – (§ 13 Absatz 4 Satz 1 und Satz 2 neu – SGB XI)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu Nummer 12 Zu Artikel 1 Nummer 9 (§ 36 Absatz 4 Satz 1 SGB XI),
Nummer 12 (§ 43a SGB XI),
Nummer 15 (§ 71 Absatz 4 SGB XI) und
Nummer 29 (§ 145 SGB XI)

Die Bundesregierung kann dem Vorschlag nicht folgen.

Die Regelungen stehen im Zusammenhang mit der Neufassung des § 43a SGB XI, die zwar wie die Mehrzahl der Regelungen des im Bundesteilhabegesetz neu gefassten Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch am 1. Januar 2020 in Kraft treten soll, aber wesentlicher Bestandteil des Pflegestärkungsgesetzes ist. Sie müssen daher Teil dieses Gesetzgebungsvorhabens sein.

Zu Nummer 13 Zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe b (§ 37 Absatz 8 Satz 1,
Satz 2 und
Satz 5 SGB XI)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu Nummer 14 Zu Artikel 1 Nummer 10a – neu – (§ 43 Absatz 1 SGB XI)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu Nummer 15 Zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 43a SGB XI)

Die Bundesregierung nimmt zu dem Vorschlag des Bundesrates wie folgt Stellung:

Das geltende Recht bestimmt, dass Menschen mit Behinderungen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen die notwendigen Hilfen einschließlich der Pflegeleistungen erhalten (§§ 13 Absatz 3 SGB XI und § 55 SGB XII). Die Eingliederungshilfe bleibt für Menschen mit Behinderungen zuständig. Dennoch beteiligt sich die Pflegeversicherung mit einem begrenzten Zuschuss (§ 43a SGB XI) und leistet damit einen Beitrag zu den Aufgaben der Eingliederungshilfe nach § 55 SGB XII.

Im Übrigen ist es der Bundesregierung nicht möglich, Zusagen – z. B. im Hinblick auf künftige Beitragssatzerhöhungen – für den Gesetzgeber auch mit Wirkung für die nächste Legislaturperiode zu treffen.

Zu Nummer 16 Zu Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe 0a – neu – und Buchstabe a (§ 45c Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 2 und Satz 2a SGB XI)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag, der angesichts des mit dem PSG II erweiterten Förderzwecks auf eine maßvolle Erweiterung der Fördermittel des § 45c SGB XI zielt, prüfen.

Zu Nummer 17 Zu Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe b (§ 45c Absatz 6 Satz 5 und Satz 6 SGB XI)

Soweit zu Absatz 6 die Streichung der Wörter „konkret benannte Projekte“ gefordert wird, kann die Bundesregierung dem Vorschlag in dieser Form nicht folgen. Sie wird jedoch prüfen, in welcher Weise dem Anliegen des Bundesrates, das Verfahren zum Abruf nicht verwendeter Mittel zu vereinfachen, entgegengekommen werden kann.

Soweit zu Absatz 6 gefordert wird klarzustellen, dass die Regelung sofort mit Inkrafttreten des Gesetzes und damit in Bezug auf die Ende des Jahres 2016 verfallenden Mittel aus dem Jahr 2015 umgesetzt werden kann, stimmt die Bundesregierung dem Vorschlag in der Sache zu.

Zu Nummer 18 Zu Artikel 1 Nummer 15a – neu – (§ 72 Absatz 3 Satz 1 SGB XI)

Die Bundesregierung kann dem Vorschlag nicht folgen. Er ist nicht vom Ergebnis der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege gedeckt.

Der Empfehlungscharakter der Beschlüsse der Gremien nach § 8a SGB XI ist mit der Regelung in § 8a Absatz 5 SGB XI ausreichend abgebildet. Die Beschlüsse können von den Vereinbarungspartnern der Pflegeselbstverwaltung hinreichend berücksichtigt werden.

Zu Nummer 19 Zu Artikel 1 Nummer 15a – neu – (§ 72 Absatz 5 SGB XI) und
Nummer 17a – neu – (§ 82 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und
Nummer 3 – neu – SGB XI)

Die Bundesregierung teilt das Anliegen des Bundesrates grundsätzlich. Dem vorgelegten Vorschlag, den der Bundesrat bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens für das PSG II eingebracht hat, kann in dieser Form allerdings weiterhin nicht gefolgt werden. Mit den bestehenden Vertragsinstrumenten kann von den Akteuren vor Ort auch die vom Bundesrat beschriebene Option einer Verbesserung der Versorgung zwischen ambulanter und stationärer Pflege grundsätzlich flexibel umgesetzt werden. Offenbar stößt dies jedoch in der Praxis zum Teil auf Schwierigkeiten. Die Bundesregierung wird daher prüfen, auf welchem Weg das Anliegen einer Verbesserung der Versorgung zwischen ambulanter und stationärer Pflege alternativ erreicht werden kann, z. B. durch Modifizierung der vertragsrechtlichen Möglichkeiten, insbesondere der Regelungen zu den Gesamtversorgungsverträgen.

Zu Nummer 20 Zu Artikel 1 Nummer 16 (§ 75 Absatz 1 Satz 3 SGB XI)

Die Bundesregierung kann dem Vorschlag nicht folgen.

Die Bezeichnungen für die zu beteiligenden örtlichen bzw. überörtlichen Träger der Sozialhilfe werden seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung in den Versorgungsbereichen verwandt, ohne dass damit eine Beeinträchtigung der Vertragsverhandlungen verbunden gewesen wäre.

Zu Nummer 21 Zu Artikel 1 Nummer 16 (§ 75 Absatz 2 Satz 1 SGB XI)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu (siehe Gegenäußerung zu Nummer 39).

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist den Pflegekassen bzw. den Verbänden der Pflegekassen nach den Regelungen des § 94 Absatz 1 Nummer 6 und des § 95 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI im Fall einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 79 SGB XI bereits nach geltendem Recht möglich. Durch Artikel 1 Nummer 17 des Entwurfes eines PSG III wird in § 79 Absatz 4 SGB XI-E nunmehr die Möglichkeit der Durchführung von Abrechnungsprüfungen auf Veranlassung der Landesverbände der Pflegekassen eingeführt, wenn tatsächliche Anhaltspunkte für ein fehlerhaftes Abrechnungsverhalten einer zugelassenen Pflegeeinrichtung bestehen. Dementsprechend sollen die datenschutzrechtlichen Vorschriften in den §§ 94 und 95 SGB XI ergänzt werden. Damit wird die vom Bundesrat geforderte Rechtsicherheit für Sozialschutzdaten, insbesondere im Rahmen einer Anforderung von Nachweisen zur Zuverlässigkeit, beispielsweise des polizeilichen Führungszeugnisses, der nach § 71 Absatz 1 und 2 SGB XI benannten verantwortlichen Pflegefachkraft, geschaffen.

Zu Nummer 22 Zu Artikel 1 Nummer 17 Buchstabe a1 – neu – und)
Buchstabe b (§ 79 Absatz 1 Satz 1 und
Absatz 4 Satz 1,
Satz 2 Nummer 1 und
Satz 2a – neu – und
Satz 5 – neu – SGB XI)

Die Bundesregierung kann dem Vorschlag nicht folgen.

Unmittelbares Ziel der Regelungen im Entwurf eines PSG III ist es, im Bereich der sozialen Pflegeversicherung den für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung primär verantwortlichen Landesverbänden der Pflegekassen effektive Instrumente an die Hand zu geben, die wirtschaftliche Leistungserbringung einschließlich deren Abrechnung durch die zugelassenen Pflegeeinrichtungen nachvollziehen zu können. Im Übrigen hat die soziale Pflegeversicherung kein Mandat, Prüfungen für andere Kosten- bzw. Leistungsträger durchzuführen.

Die Zusammenarbeit mit den nach Landesrecht für die Sozialhilfe zuständigen Stellen erfolgt für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung in den gemeinsamen organisatorischen Einrichtungen nach § 47a SGB XI (Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen) (siehe auch Gegenäußerung zu Antrag Nummer 39).

Zu Nummer 23 Zu Artikel 1 Nummer 17a – neu – (§ 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI)

Die Bundesregierung kann dem Vorschlag nicht folgen.

Die genannten Angaben sind zur Abrechnungsprüfung nicht erforderlich. Ihre Erhebung wäre zudem mit unverhältnismäßig hohem Aufwand verbunden. Im Übrigen erfolgt durch das PSG III im Bereich der Häuslichen Krankenpflege (§ 302 SGB V) bereits eine Harmonisierung mit den Regelungen im SGB XI, da hier künftig ebenfalls die Zeit der Leistungserbringung anzugeben ist.

Zu Nummer 24 Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 109 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 SGB XI) und
Artikel 15 Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa
(§ 2 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe c und Buchstabe d PflegeStatV) und
Buchstabe b (§ 2 Absatz 2 Nummer 2 PflegeStatV)

Die Bundesregierung kann dem Vorschlag nicht folgen.

Aus Sicht der Bundesregierung rechtfertigt der Zusatznutzen im Vergleich zu der mit dem PSG III vorgesehenen Erfassung der Postleitzahl des Wohnortes der Pflegebedürftigen den erheblichen zusätzlichen Erfassungsaufwand nicht.

Zu Nummer 25 Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 109 Absatz 3 Satz 3 – neu – SGB XI)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu Nummer 26 Zu Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe a
(§ 113b Absatz 2 Satz 2a – neu – und Satz 9 SGB XI)

Die Bundesregierung kann dem Vorschlag nicht folgen.

Gemäß § 113b Absatz 2 Satz 2 SGB XI gehören dem Qualitätsausschuss ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene an. Diese Stellen sind den Ländern zuzuordnen.

Zu Nummer 27 Zu Artikel 1 Nummer 24 (§§ 123, 124 SGB XI)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag einer Neufassung der §§ 123 und 124 SGB XI prüfen, soweit die Regelungen mit den Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege vereinbar sind.

Zu Nummer 28 Zu Artikel 1 Nummer 25 Buchstabe b (§ 141 Absatz 3 Satz 6 – neu – SGB XI)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag grundsätzlich zu und wird ihn in geeigneter Weise umsetzen.

Zu Nummer 29 Zu Artikel 1 Nummer 25 Buchstabe d – neu – (§ 141 Absatz 3b – neu – SGB XI)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Wegen der unterschiedlichen Inanspruchnahmezeiten in der Kurzzeitpflege gibt es keinen festen Eigenanteil. Der vorgeschlagene Vergleich des Eigenanteils bei einer in 2017 in Anspruch genommenen Kurzzeitpflege mit einer identischen Inanspruchnahmezeit im Vorjahr würde zu Ungleichbehandlungen zwischen verschiedenen

Pflegebedürftigen führen. Personen, die zufällig im Vorjahr keine Kurzzeitpflegeleistungen in Anspruch genommen haben, würden keinen Bestandsschutz erhalten. Auch wäre die Regelung nicht anwendbar, wenn 2016 und 2017 unterschiedliche Einrichtungen aufgesucht würden.

Zudem ist der Bestandsschutz generell auf Dauerleistungen bezogen.

Zu Nummer 30 Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 63 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe g – neu –, Nummer 3, Nummer 4 und § 64i Satz 1 SGB XII)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu Nummer 31 Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 63 Absatz 1 Satz 2 SGB XII)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu Nummer 32 Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 63b Absatz 1 Satz 3 SGB XII)

Die Bundesregierung kann dem Vorschlag nicht folgen.

Die Ergänzung ist im Hinblick auf den auch für die Hilfe zur Pflege gemäß § 2 SGB XII geltenden Nachranggrundsatz der Sozialhilfe nicht erforderlich.

Zu Nummer 33 Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 63b Absatz 4 Satz 1 und Absatz 6 Satz 1 SGB XII)

Die Bundesregierung kann dem Vorschlag nicht folgen.

In der Hilfe zur Pflege und daran anknüpfend auch im SGB V und im SGB XI sind besondere Leistungen für Pflegebedürftige, die ihre Pflege durch von ihnen selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen, vorgesehen. Im Hinblick auf diese besonderen Leistungen, die bei Vorliegen dieses sog. „Arbeitgebermodells" erbracht werden, besteht nach Auffassung der Bundesregierung aus Gründen der Rechtssicherheit eine Notwendigkeit für eine Legaldefinition.

Zu Nummer 34 Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 64b Absatz 1 Satz 1 SGB XII)

Die Bundesregierung kann dem Vorschlag nicht folgen.

Bei den Leistungen der Hilfe zur Pflege handelt es sich mit Ausnahme des Pflegegeldes um Sach- oder Dienstleistungen.

Zu Nummer 35 Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 64d Absatz 1 Satz 1 SGB XII)

Die Bundesregierung folgt dem Vorschlag nicht.

Die vorgeschlagene Regelung ist nicht erforderlich; sie ergibt sich bereits aus § 9 SGB XII.

Zu Nummer 36 Zu Artikel 2 Nummer 5 (§§ 66a – neu – und 66b – neu – SGB XII und Nummer 12a – neu – (§ 122 Absatz 3 Nummer 4 SGB XII)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag zur Anpassung der Erhebungsmerkmale in § 122 SGB XII prüfen. Im Übrigen lehnt die Bundesregierung die Vorschläge ab.

Wie die Bundesregierung bereits in ihrer Stellungnahme zu Nummer 1 hingewiesen hat, sind die Auswirkungen auf andere Sozialleistungssysteme Gegenstand der Evaluation nach § 18c SGB XI. Darüber hinaus werden auch zukünftig Daten im Rahmen der amtlichen Statistik nach dem Fünfzehnten Kapitel des SGB XII erhoben. Die Bundesregierung wird insoweit prüfen, wie die Datengrundlage zum einen durch eine Überarbeitung der Merkmalsausprägungen an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst und zum anderen durch eine Überarbeitung der Erhebungsmerkmale in § 122 Absatz 3 weiter verbessert werden kann. Vor diesem Hintergrund ist eine zusätzliche Evaluation nicht erforderlich.

Bezüglich der vorgeschlagenen Kostenausgleichsklausel wird auf die Ausführungen zu Nummer 1 verwiesen. Im Übrigen wird darauf hingewiesen, dass eine vollständige oder teilweise Übernahme von Kosten durch den

Bund nach Artikel 104a Absatz 3 des Grundgesetzes GG nur möglich ist, soweit es sich um Geldleistungen im Sinne des GG handelt. Entsprechend der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Eingliederungshilfe sind die Leistungen der Hilfe zur Pflege mit Ausnahme des Pflegegeldes Sach- oder Dienstleistungen.

Zu Nummer 37 Zu Artikel 2 Nummer 13 (§ 138 Satz 1 SGB XII)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im Zusammenhang mit dem Vorschlag zur Einführung eines neuen § 139 SGB XII prüfen.

Zu Nummer 38 Zu Artikel 2 Nummer 13 (§ 139 – neu – SGB XII)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im Zusammenhang mit dem Vorschlag zur Änderung des § 138 SGB XII prüfen.

Zu Nummer 39 Zu Artikel 2 (Zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Sozialwesen)

Die Bundesregierung nimmt zu dem Vorschlag des Bundesrates wie folgt Stellung:

Für die Pflegekassen bzw. die Landesverbände der Pflegekassen bestehen im Pflegeversicherungsrecht (§ 79 SGB XI) sachgerechte Regelungen für eine effektive Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich der Abrechnung pflegerischer Leistungen. Dies gilt auch für die Prüfbefugnisse der Träger der Sozialhilfe aufgrund von Vorschriften des SGB XII.

Die Zusammenarbeit der nach Landesrecht bestimmten Stellen für die Hilfe zur Pflege mit den Kranken- und Pflegekassen und ihren Verbänden erfolgt in den gemeinsamen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen und ist in den §§ 47a SGB XI und 197a SGB V sachgerecht geregelt. Zu dem Vorschlag, datenschutzrechtliche Möglichkeiten für einen Austausch von Strategien und Informationen im Rahmen der Zusammenarbeit zu schaffen, wird auf die Gegenäußerung zu Nummer 21 verwiesen.

Der geforderten Klarstellung zur gewerberechtlichen Einordnung von Dienstleistungen der häuslichen Pflege nach § 36 SGB XI wurde bereits durch den Beschluss des Bund-Länder-Ausschusses „Gewerberecht“ vom 12./13. April 2016 Rechnung getragen. Demzufolge sind Dienstleistungen der häuslichen Pflege nach § 36 SGB XI als gewerbliche Tätigkeit einzustufen, für die eine Gewerbeanmeldung nach § 14 Absatz 1 der Gewerbeordnung (GewO) erforderlich ist und die wegen Unzuverlässigkeit nach § 35 Absatz 1 GewO untersagt werden kann. Sofern ambulante Pflegedienste über spezialgesetzliche Erlaubnisse z. B. nach § 1 Altenpflegegesetz oder § 1 Krankenpflegegesetz verfügen, sind diese nach Auffassung des Bund-Länder-Ausschusses bei Unzuverlässigkeit zu entziehen. Sofern keine spezialgesetzliche Untersagungsnorm für die Tätigkeiten, die nicht der GewO unterfallen, besteht, ist auf das allgemeine Polizeirecht zurückzugreifen.

Das Protokoll des Bund-Länder-Ausschusses wurde den Vollzugsbehörden von den Wirtschaftsministerien der Länder zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wird die Klarstellung in der Zeitschrift GewerbeArchiv im November 2016 im Rahmen der Berichterstattung über den Bund-Länder-Ausschuss veröffentlicht. Eine darüber hinausgehende gesetzliche Klarstellung – die der Bundesrat so auch gar nicht fordert – ist darüber hinaus weder erforderlich noch im Rahmen der GewO möglich. Die GewO enthält in § 6 GewO zur Abgrenzung lediglich einen Katalog von Tätigkeiten, die nicht in den Anwendungsbereich der GewO fallen (Negativkatalog).

Im Übrigen wird für die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII darauf hingewiesen, dass in Artikel 13 des Entwurfs eines Bundesteilhabegesetzes die Einführung eines gesetzlichen Prüfungsrechts in § 78 SGB XII-E vorgesehen ist, soweit tatsächliche Anhaltspunkte bestehen, dass Leistungserbringer ihre vertraglichen oder gesetzlichen Pflichten nicht erfüllen.

Zu Nummer 40 Zu Artikel 16 Nummer 5 (§ 15 Absatz 5 Satz 4 – neu – MPG)

Dem Anliegen des Bundesrates wird im Grundsatz zugestimmt. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren ist die konkrete Formulierung noch zu prüfen.

Zu Nummer 41 Zu Artikel 16 Nummer 8 (§ 26 Absatz 2 Satz 7 – neu – MPG)

Dem Anliegen des Bundesrates wird im Grundsatz zugestimmt. Die endgültige Formulierung und die Vorschrift, in der das Anliegen umgesetzt wird, ist im weiteren Gesetzgebungsverfahren noch zu prüfen.

Zu Nummer 42 Zu Artikel 16 Nummer 8 (Buchstabe a (§ 26 Absatz 3 Nummer 1 MPG)

Dem Anliegen des Bundesrates wird im Grundsatz zugestimmt. Jedoch ist im weiteren Gesetzgebungsverfahren die konkrete Formulierung noch zu prüfen.

Zu Nummer 43 Zu Artikel 16 Nummer 8 Buchstabe e (§ 26 Abstz 3 Nummer 5 Satz 2 – neu – MPG)

Dem Anliegen des Bundesrates wird im Grundsatz zugestimmt. Die konkrete Formulierung ist im weitern Gesetzgebungsverfahren noch zu prüfen.



Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333